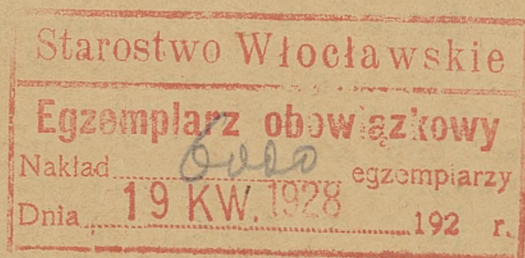
WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTÉRATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. A. Wojciechowskiego



WARSZAWA

ROK II KWIECIEŃ 1928 ZESZYT IV

HÉMOPLASE
Lumière

Biologiczny środek krwiotwórczy otrzymany z protoplazmy krwinek

*Zawiera w stanie **biologicznie czynnym** i **niezmienionym***

Fermenty i Lipoidy krwi

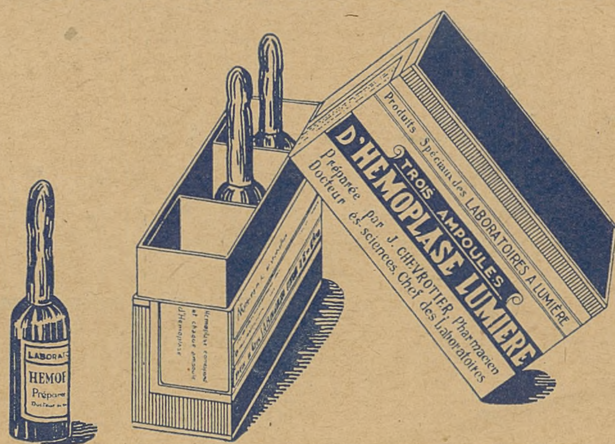
PRZEWYŻSZA WSZYSTKIE PRZETWORY

ARSENO-ŻELAZOWE i HEMOGLOBINOWE

DOSKONALE ZNOSZONY PRZEZ PRZEWÓD POKARMOWY

WSKAZANIA:

NIEDOKREWNOŚĆ
ANEMJA
SCHORZENIA GRUŹLICZE
REKONWALESCENCJA
STANY CHARŁACTWA
KRWOTOKI I STANY PO KRWOTOKACH (haemoptoë, typhus abdominalis, dysenterja etc. etc.)
NOWOTWORY.



Postaci:



HÉMOPLASE AMPOULES niezawodny nawet w przypadkach **najuporczywszych.**
(Śródmięśniowo)

DAWKOWANIE: Dorośli: 2 lub 3 zastrzyki tygodniowo; Dzieci od 5—8 lat—2 razy tygodniowo po 2 cc. ($^1/_5$ amp.) od 8—13 lat—2 razy tygodniowo po 5 do 10 cc. ($^1/_2$—$^1/_1$ amp.)

HÉMOPLASE DRAGÉES.

DAWKOWANIE: 6—10 drażetek dziennie podczas jedzenia.

HÉMOPLASE GRANULÉ postać ziarnista (z cukrem i wanilją)
(SPECJALNIE DLA DZIECI)



DAWKOWANIE:

od 2 — 6 lat 1—3 łyż. dziennie, od 6 — 12 lat 3—4 łyż. dziennie.

Przedstawicielstwo na Polskę L. NASIEROWSKI Warszawa, ul. Piękna 62, tel. 124-39, 30-42.

Próby i literatura na żądanie WPP. Lekarzy.

ROK II WARSZAWA 1928 KWIECIEŃ ZESZYT V

WIEDZA LEKARSKA

MIESIĘCZNIK
POŚWIĘCONY PRZEGLĄDOWI
FRANCUSKIEGO PIŚMIENNICTWA
LEKARSKIEGO

REVUE MENSUELLE DE LA LITTERATURE MÉDICALE FRANÇAISE

pod redakcją Doc. Dr. Wojciechowskiego

PRACE ORYGINALNE

S A R G N O N.

Zapalenia ucha środkowego u dzieci.

Dokończenie

E. Powikłania ze strony mózgowia. Powikłania powyższe są u niemowląt rzeczą rzadką; stwierdzają to również autorowie referatu 1925 r. Podług nich piśmiennictwo dotychczasowe nie podaje podobnych przypadków. Jedynie *Parrot* powiada między innymi: „spostrzegałem nadzwyczaj rzadko szerzenie się sprawy na mózgowie".

Odwrotnie, u dzieci starszych powikłania te na nieszczęście nie należą do rzadkich; często przebiegają one skrycie, przynajmniej w pewnej części przypadków. Dawniej uważano takie przypadki za stracone, obecnie rokowanie w nich jest mniej ponure, dzięki wcześniejszemu rozpoznaniu oraz prędszemu i o wiele doszczętniejszemu wkroczeniu operacyjnemu. Zakażenie wewnątrzczaszkowe szerzy się dość często etapami. Pierwszym etapem bywa zazwyczaj zmiana zewnątrzoponowa, mianowicie ropień nadoponowy któremu towarzyszy często zapalenie okołożylne, (periphlebitis), a niekiedy i zapalenie zatoki. Etapem drugim są, zmiany wśródoponowe, z których ropień wśródoponowy należy do rzadkości i dlatego ograniczę się tylko do wymienienia tego powikłania; natomiast bardzo często rozwija się zapalenie opon. Etap trzeci, czyli podoponowy stanowią ropnie mózgu i móżdżku. Wreszcie wspomnieć należy jeszcze i o czwartej kategorji postaci skojarzonych, to jest przypadków, w których spostrzegamy kilka powikłań bądź jednocześnie, bądź jedno po drugiem. Postacie takie spostrzegałem i opisywałem niejednokrotnie zwłaszcza u dzieci wespół z d-rem *Binet*; tak naprzykład może powstać zapalenie zatoki, a później zapalenie opon, lub zapalenie zatoki

żylnej wikła ropień mózgowia, lub wreszcie w przypadkach operowanych jako następstwo zabiegu powstaje wypadnięcie mózgowia.

Ropień nadoponowy. Powikłanie to rzadkie u niemowlęcia spostrzega się częściej u dzieci starszych. Powstaje ono zwykle wskutek bezpośredniego szerzenia się sprawy poprzez strop jamy bębenkowej lub strop uchyłka, a zwłaszcza jego części tylnej na poziomie i powyżej kąta zatoki. Objawy mogą być bardzo różnorodne. Z jednej strony zdarzają się postacie przebiegające zupełnie skrycie, w których spostrzegamy jedynie objawy zapalenia wyrostka sutkowego, tylko stan ogólny zazwyczaj bywa o wiele cięższy. Gorączki niekiedy nie bywa wcale, zwykle natomiast występują silne bóle głowy.

Postać gorączkowa przypomina nieco zapalenie zatoki żylnej lecz o objawach złagodzonych: mniejsze dreszcze, mniejsze wahania ciepłoty, tor ciepłoty więcej nieprawidłowy. Zazwyczaj ropień nadoponowy jest usadowiony pomiędzy zatoką a wyrostkiem. Jednakże może on niekiedy umiejscawiać się dość daleko od wyrostka. Tak naprzykład miałem możność stwierdzenia wespół z d-rem *Chapotot* u dziewczynki 7 letniej podczas trepanacji wyrostka pasma nacieczenia ropnego w istocie gąbczastej, prowadzącego do kości ciemieniowej, gdzie też wykryliśmy zapalenie ropne płytki wewnętrznej i ropień nadoponowy usadowiony na 3 do 4 palce poprzeczne powyżej rany operacyjnej na wyrostku. Dziewczynka ta wyzdrowiała. Jest to jedyny przezemnie spostrzegany przypadek daleko usadowionego ropnia.

Zapalenie opon występować może w przebiegu zapalenia ucha utajonego, zwłaszcza u niemowląt; przypomnę tu pracę *Aloin'a* (34). Jednakże częściej spotykamy się z tem powikłaniem u dzieci nieco starszych. Szczególnie często występuje zapalenie opon w przebiegu ostrego zapalenia ucha. Przytoczyć tu należy rozprawę podstawową *Lermoyez'a*, bardzo cenne doniesienia na Zjeździe otjatrów w Paryżu w r. 1922 i badanie *Eagleton'a*. Zapalenie opon pochodzenia usznego, tak u dzieci, jak i u dorosłych było przedmiotem szczegółowych badań, zwłaszcza pod względem leczenia, szkoły lugduńskiej. (*Lannois*, *Collet*, *Sargnon*, *Aloin*, *Rebattu*, *Mounier*, *Bertoin*, *Gaillard*). Po długim okresie beznadziejności i niewkraczania, powikłanie powyższe stało się domeną chirurgji, która poszczycić się może pewną liczbą wyników pomyślnych. Co do postaci, to zapalenie opon przebiegać może bądź jako zapalenie surowicze, bądź jako ropne; ropa może być niekiedy jałową i takie przypadki należą naogół do rzędu względnie pomyślnych. Częściej jednak ropa jest bardzo septyczna i zawiera zwykle paciorkowce lub pneumokoki (*pneumococcus mucosus*); przebieg wtedy bywa szczególnie ciężki (*Lemaitre i Levy-Bruhl*). Wreszcie w niektórych przypadkach współcześnie z zapaleniem ucha rozwinąć się może zapalenie opon gruźlicze.

Objawy klasyczne zapalenia opon są powszechnie znane: wymioty, zaparcie, silne bóle głowy, podwyższona ciepłota, tętno niemiarowe, sztywność karku, zaburzenia psychiczne, zaburzenia ruchowe i oczne, tarcza zastoinowa, wreszcie wyniki badania płynu mózgowordzeniowego: ciśnienie wzmożone w mniejszym lub większym stopniu, obecność lub nieobecność ropy, nadmierna zawartość białka, limfocytoza, wzmożona liczba wielojądrzastych białych ciałek, obecność lub nieobecność drobnoustrojów. Niema potrzeby zatrzymywania się na tych objawach. Zapalenie opon u dziecka może mieć bardzo rozmaity przebieg kliniczny, a co zatem idzie i rokowanie. Rozróżniać tu możemy postać nadostrą, zazwyczaj śmiertelną; niedawno miałem możność spostrzegania typowego przypadku: dziecko czteroletnie bez obarczenia dziedzicznego, zapalenie ucha ostre początkujące, grypowe; następnego dnia ustąpienie objawów; dzień później wystąpiła zapaść; operacja, komórki wyrostkowe tylne nacieczone ropnie, zapalenie opon pneumokokowe; śmierć po 12 godzinach.

Częściej mamy do czynienia z postacią ostrą lub podostrą, w których wyleczenie niekiedy jest możliwe. W wyjątkowych przypadkach spostrzegać można postać przewlekłą zapalną opon o mniej ciężkim przebiegu.

Ropnie mózgowia. Jak to stwierdzają autorowie referatu 1925 r. naogół nie napotykano tego powikłania u niemowląt. I u dzieci starszych występuje ono rzadziej niż u dorosłych. Zapalenie opon pochodzenia usznego, powiada *Fairen*, występuje u dzieci nieskończenie częściej niż ropnie mózgowia. Jednakże szereg przypadków został opisany. Przytoczę spostrzeżenia *Aboulker'a* (35), aczkolwiek w jego przypadku był raczej ropień dołu móżdżkowego, jako następstwo zapalenia zatoki bocznej, aniżeli właściwy ropień móżdżku. Już dość dawno opisałem wraz z *Vignard'em* przypadek ropnia skroniowo-klinowego, powstałego na tle obustronnego zapalenia ucha pochodzenia kurowego u trzyletniego dziecka: zapalenie wyrostka prawostronne, padaczka jacksonowska, operacja, sączkowanie, ropień skroniowo klinowy, śmierć wskutek zapalenia opon (36). Przytoczę jeszcze przypadek *Gaillard'a i Mounier'a* (37): ropień mózgowia skroniowoklinowy pochodzenia usznego; wyleczenie nastąpiło po zastosowaniu sączkowania podług *Lemaitre'a* i szczepionek.

Zależnie od usadowienia napotkać możemy w ropniach tych dwie kategorje objawów. W ropniach mózgu występują objawy ogniskowe, zaburzenia ruchowe i hemianopsja. W ropniach móżdżku zaburzenia statyczne, ruchowe, zawroty głowy i porażenie jednostronne.

Rozpoznanie.

Rozpoznanie zapalenia ucha u niemowlęcia i małego dziecka składa się z dwóch części: 1) z rozpoznania samego zapalenia ucha i 2) z rozpoznania powikłań.

Rozpoznanie zapalenia ucha w zwykłej jego ostrej postaci jest rzeczą łatwą u dziecka; u niemowlęcia może ono nastręczyć duże trudności, ponieważ zapalenie ucha zwykle bywa utajone. Co się tyczy zapalenia utajonego, to należy pamiętać o jego możliwości w razie obecności zmian miejscowych, stanów zapalnych dróg nosowych, nosogardzieli, zapalenia uporczywego wyrośli gruczołowatych, zapalenia migdałków i gardzieli, albowiem schorzenia te są zwykłą przyczyną zapalenia ucha środkowego. Pedjatra i otjatra powinni podejrzewać możliwość istnienia zapalenia ucha u niemowląt zwłaszcza w razie długotrwałej gorączki, uporczywych zaburzeń trawiennych, drgawek, objawów oponowych nawet najlżejszych, postępującego wyniszczenia. Jednem słowem podejrzenie w tym kierunku powziąć należy, gdy dziecko jest chore i stan jego pogarsza się, a rozpoznanie nie jest ściśle ustalone. We wszystkich tych przypadkach badanie ucha musi być przeprowadzone: stąd wynika konieczność w oddziałach dla małych dzieci badania dokładnego otologicznego wszystkich podejrzanych przypadków. W istocie, badanie ucha ustala odrazu rozpoznanie tak w postaci ostrej, jak i utajonej. W postaci ostrej rozpoznanie nie nastręcza trudności, podczas gdy w postaci utajonej, jak twierdzi *Le Mée*, tak długo jak refleks jest obecny nie można jeszcze rozpoznawać zapalenia ucha z całą pewnością. W przypadkach wątpliwych należy czekać, ale, jeżeli stan ogólny jest zły, nie trzeba wahać się i wykonać nacięcie próbne błony bębenkowej.

Również myśleć należy o możliwości powikłań, które zawsze są prawdopodobne, a nawet częste. Przedewszystkiem wobec nagłego ponownego podniesienia ciepłoty należy skierować najsamprzód uwagę na drugie ucho, które zazwyczaj zostaje zajęte w końcu drugiej doby. Przypomnę, że obustronność zmian w zapaleniu utajonem jest rzeczą częstą u dziecka, a stanowi prawidło u niemowlęcia.

W razie pogorszenia się stanu ogólnego, zjawienia się kaszlu, podniesienia ciepłoty myśleć należy o utajonem „radjoskopijnem" zapaleniu płuc, lub o innem zakaźnem powikłaniu często usadawiającem się w drogach oddechowych. Zapalenie wyrostka sutkowego w razie zmian zewnętrznych rozpoznaje się z łatwością. Jednakże w razie obecności ropnia zdala od wyrostka należy niekiedy myśleć o możliwości próchnicy podpotyliczej kręgów (*Portmann*) (38). Przypomnę, że należy starannie doszukiwać się, czy niema zapalenia wyrostka bez objawów miejscowych zewnętrznych. U dzieci zdjęcie rentgenowskie może oddać usługi, należy jednak mieć na uwadze, że często zmiany są obustronne, co oczywiś

cie uniemożliwia porównywanie zdjęć w podobnych przypadkach. Co więcej, *Reverchon* i *Worms* (39) wykazali na podstawie badań rentgenologicznych wyrostka zupełną nieobecność wszelkiej struktury komórkowatej u dzieci poniżej 3, a nawet 5 roku życia w warunkach prawidłowych. W rzeczywistości jednak, zgodnie z mojemi spostrzeżeniami klinicznemi, wyjątki z tego prawidła są dość liczne i podczas zabiegów operacyjnych szczególnie często natrafiamy na wyrostki z przedwcześnie wykształconemi komórkami.

Również w każdym przypadku poszukiwać należy powikłań ze strony zatok, albowiem często przebiegają one skrycie. Powikłania nerwowe są łatwe do rozpoznania. Szczególnie pilnie pamiętać należy o powikłaniach oponowych; w przypadkach wątpliwych nie należy zwlekać z wykonaniem nakłócia lędźwiowego, a w razie wyniku dodatniego natychmiast i doszczętnie wkraczać operacyjnie. W niektórych przypadkach, co prawda dość rzadkich, lecz na nieszczęście często skrycie przebiegających, należy badać, czy niema ropni mózgowia.

Leczenie.

Należy uwzględnić postępowanie zapobiegawcze i leczenie właściwe. Postępowanie zapobiegawcze u niemowlęcia i małego dziecka posiada nadzwyczaj wielkie znaczenie. Zwalczać przedewszyskiem należy katary nosa u niemowląt i dzieci, dbać o ich „toaletę" nosową, wysysać śluz, jeżeli zajdzie tego potrzeba. U małych dzieci nie należy stosować mentolu, ponieważ może on wywoływać duszenie się. Olej gomenolowy 1, 2 lub 3%, sole srebra podawane drogą nosa, lub oczną *(Chatin)* oddają duże usługi. Należy, jeżeli to tylko jest możliwe, izolować dzieci, zwłaszcza niemowlęta, dotknięte bardzo silnym katarem, a szczególnie, gdy do kataru przyłącza się zapalenie ucha, albowiem często w przebiegu spraw grypowych zapalenie ucha występuje po kolei u wszystkich dzieci danej rodziny.

W przypadkach wznowy zapalenia ucha należy, jak to czyni większość autorów, a zwłaszczą *Brindel*, zwrócić uwagę na wyrośle gruczołowate i usunąć je *„a froid"*, celem uniknięcia tak ciężkiej postaci zapalenia ucha, jaką jest postać szpitalna. W szpitalach trzeba starannie izolować wszystkich chorych zakaźnych, albo podejrzanych, jak to zresztą obecnie przeważnie się dzieje. System boksów zmniejszył wydatnie liczbę zakażeń.

Leczenie właściwe składa się z części internistycznej i chirurgicznej. Pierwsza z nich polega na zakraplaniu do nosa płynów łagodzących i zlekka odkażających jak oliwa gomenolowa, gliceryna borna. Osobiście używam przeważnie oliwy gomenolowej; zupełnie wyrzekłem się, jak zresztą wielu innych, stosowania u małych dzieci gliceryny karbolowej, nawet o bardzo słabej zawartości kwasu, a to z powodu wyprysku przewodu. Kataplazmy i okłady wilgotne, opatrunki rozgrzewające z waty przynoszą ulgę naszym małym chorym i niekiedy mogą zapobiec dalszemu rozwojowi zapalenia. Należy jednak raz lub dwa razy dziennie pokryć ucho i okolice sąsiednie bądź maścią z tlenkiem cynku i krochmalem, bądź gazą przetłuszczoną *Lumière'a*, ażeby uniknąć maceracji, powstawania następczego wyprysku, a zwłaszcza powierzchownych spraw ropnych skóry.

Czy należy przepłukiwać, gdy z ucha wycieka ropa wskutek samoistnego przebodzenia błony bębenkowej? Sprawę tą rozważymy poniżej, omawiając postępowanie następcze po nacięciu błony.

W przypadkach ciężkich, zwłaszcza pneumokokowych, należy zastosować leczenie ogólne, połączone ze stosowaniem ciepłych kąpieli. Surowice, a obecnie szczególnie szczepionki, są już stosowane od szeregu lat w przypadkach ciężkich, zwłaszcza o podłożu pneumokokowem. Ten sposób leczenia polega bądź na wstrzykiwaniach, bądź też na stosowaniu miejscowem do nosa i do ucha przesączów szczepionkowych (te dały nam dość dobre wyniki) *Preschmann* poddał szczegółowemu badaniu ten swoisty sposób leczenia. Autor ten podaje, że stosowanie surowic drogą wkraplań do nosa 7—8 razy dziennie daje dobre wyniki, jednakże szczególnie gorąco poleca on leczenie szczepionkami.

Zaleca on zwłaszcza stosowanie szczepionki *Weill'a i Dufour'ta*, która w Lugdunie jest w powszechnem użyciu i daje bardzo dobre wyniki. Szczepionka ta składa się w jednej trzeciej części z pne-

umokoków I, II, III, w drugiej trzeciej części z rozmaitych szczepów enterokoków i wreszcie z mieszaniny gronkowców i ziarenkowców czworaczych, lecz bez domieszki paciorkowców.

Stosując szczepionkę podskórnie u całkiem małych dzieci; rozpoczynać należy, jak radzi *Dufourt* (40) od $^1/_4$ lub $^1/_3$ cm. sześc.; dni następnych można wstrzykiwać po $^1/_2$ cm. sz. następnie po 1 cm. sz., tak długo jak trwa choroba. Naogół wystarcza zwykle od 6 do 12 wstrzyknięć. U większych dzieci rozpoczynać można odrazu od $^1/_3$ cm. sz. w ciągu pierwszych dni i zwiększać następnie dawkę do 1 cm. sz. *Dufourt* nie spostrzegał większych odczynów miejscowych, tylko zrzadka pokrzywkę; podług jego obliczeń statystycznych otrzymał on 85% wyleczeń u dzieci dotkniętych zakażeniem pneumokokowem. Osobiście w przypadkach, w których stosowałem szczepionkę, nie widziałem żadnych przykrych objawów. Można też podług *Oelnitz'a* i *Colle'a* posługiwać się skombinowanem leczeniem surowiczo-szczepionkowem. Wspomnę, że *Chavanne* polecil w dość rzadkich zresztą postaciach paciorkowcowych schorzeń usznych stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej (Międzynar. Zjazd O. R. L.)

Leczenie chirurgiczne. W niektórych przypadkach wystarcza leczenie nieoperacyjne, operacja nie bywa konieczną. Jednakże w innych należy czynnie wkraczać, celem 1) otwarcia jamy bębenkowej, 2) leczenia powikłania.

1. Leczenie zapalenia ucha polega przedewszystkiem na nacięciu bębenka. Niektórzy autorowie wysunęli pytanie, czy celowem jest nacięcie bębenka u niemowlęcia i całkiem małego dziecka. Podług referatu *Le Mée'go* przeważna większość otjatrów i pedjatrów, omawiając zapalenie ucha utajone, przyszła do wniosku, że wyleczenie następuje o wiele szybciej po otwarciu chirurgicznem bębenka. 91% pedjatrów stoi na tem stanowisku.

Wyzdrowienie po nacięciu, ogólnie rzecz biorąc, następuje szybciej i istnieje większe prawdopodobieństwo uniknięcia powikłań.

Co do ostrego zapalenia ucha, to niema najmniejszej wątpliwości, że należy bębenek nacinać. Ale kiedy? Naogół w przypadkach przeciętnych czekamy 48 godzin, o ile silna bolesność, wysoka ciepłota, lub inne objawy ogólne nie zmuszą nas do wcześniejszego wkroczenia.

Kiedy należy wykonywać nacięcie błony bębenkowej? Wskazania opierają się w ostrem zapaleniu ucha na wyglądzie błony bębenkowej, stanie ciepłoty i objawach ogólnych. W przypadkach średnio ciężkich wykonywam cięcie z końcem drugiej doby, w pewnej liczbie przypadków nawet wcześniej. Lecz kiedy mamy operować w postaci utajonej zapalenia ucha, zwłaszcza u niemowląt i małych dzieci? Zniknięcie refleksu stanowi mojem zdaniem najważniejsze wskazanie do zabiegu. To samo należy powiedzieć o rozleglejszem wypukleniu błony bębenkowej. Lecz o ile stwierdzę błonę bębenkową jeszcze prawidłową, to uważam, jak zresztą i autorowie referatu z 1925 r., „wyczekujące pogotowie" za wskazane. Pewną rolę w zapaleniu ucha utajonem odgrywają i różnice zabarwienia bębenka, aczkolwiek wiemy jak wielkim zmianom mogą one podlegać. Jeżeli mamy do czynienia w zapaleniu utajonem u niemowlęcia z bębenkiem o wyglądzie matowym, bez połysku, o zabarwieniu żółtawem lub różowofjołkowem, lub też o powierzchni jakby pokrytej szronem, to należy wykonać cięcie błony bębenkowej. Nawet o ile zapalenie ucha jest wątpliwe, lecz stan ogólny jest ciężki i połączony z wysoką ciepłotą, lub objawami nerwowemi, wskazane jest nacięcie natychmiastowe błony.

Gdy nastąpiło samoistne przebodzenie bębenka, a istnieją objawy zatrzymywania się wydzieliny, mianowicie podniesienia niewytłumaczalne ciepłoty, należy tak w postaciach ostrych, jak i utajonych powiększyć zbyt wąski otwór drogą nacięcia błony.

Jak należy wykonywać nacięcie? Zazwyczaj przedewszystkiem myjemy przewód słuchowy ciepłą wodą przegotowaną. Wielu otjatrów poleca oczyszczenie przewodu wacikami napojonemi oliwą.

Jak należy znieczulać? Wszyscy są zgodni co do znieczulenia bębenka u dzieci starszych, lecz co do niemowląt i dzieci małych zapatrywania są rozbieżne. Ja posługuję się klasycznym sposobem

znieczulenia za pomocą wprowadzenia sączka z kokainą i adrenaliną, a następnie u dzieci większych dotykam błonę bębenkową wacikiem ledwo zmoczonym w płynie Bonain'a. Wacik powinien tylko na sekundę dotknąć błony. Sposób ten pozwala u starszych dzieci na osiągnięcie zupełnie dobrego znieczulenia. Lecz u niemowląt i małych dzieci autorowie referatu 1925 r. odradzali stosowanie kokainy, a zwłaszcza płynu Bonain'a, uważając go za zbyt żrący. Osobiście u niemowląt i zupełnie małych dzieci wprowadzam na jedną chwilkę wacik zlekka zwilżony kokainą i adrenaliną. Ale już u dzieci 2 i 3 letnich uzupełniam znieczulenie dotknięciem gazikiem ledwo zwilżonym na swym końcu płynem Bonain'a; dotknięcie trwa sekundę. Stosuję tę metodę od szeregu lat bez jakichkolwiek bądź nieprzyjemnych następstw; skleiny błony wytwarzają się zupełnie tak samo, jak w przypadkach znieczulanych innymi sposobami, lub wcale nie znieczulonych.

Do nacięcia błony bębenkowej należy posługiwać się u niemowlęcia i małego dziecka igłą krótką, ażeby uniknąć zranienia wewnętrznej ściany jamy bębenkowej. U dzieci starszych nacięcie odbywa się w sposób klasyczny. W przypadkach trudnych, dających nawroty, autorowie referatu polecają celem uniknięcia powtórnych nacięć używania igły amerykańskiej w kształcie V z rękojeścią pozwalającą na każdorazowe stwierdzenie, w jakiej płaszczyźnie znajdują się brzegi tnące igły. Nacięcie wykonywamy najchętniej w pozycji siedzącej, co znacznie ułatwia zabieg. Operując leżące dziecko należy, aby uniknąć zbyt wysokiego nakłucia, wykonać nacięcie poprzeczne, które staje się skośnem, gdy dziecko wstanie. W razie obecności pęcherzyków wypełnionych płynem krwistym należy zważać, aby rzeczywiście przeciąć błonę bębenkową, a nie nakłuć tylko pęcherzyk: wyciekanie płynu surowiczo krwawego, tętniącego, stanowi dowód oczywisty.

W razie obustronności cierpienia czy należy odrazu wykonywać nacięcie obustronne? Przedewszystkiem zmiany obustronne dość częste u niemowląt i małych dzieci występują coraz rzadziej w miarę tego, im dziecko staje się starsze, za wyjątkiem niektórych, szczególnie ciężkich przypadków. Zazwyczaj początkowo zmiany są usadowione w jednem uchu, a dopiero po 48 godzinach występują i w drugiem. W licznych przypadkach, gdy zmiany w jednem uchu były już daleko posunięte, a w drugiem jeszcze mniejsze wykonałem odrazu obustronnie nacięcie błony bębenkowej bez żadnych złych następstw. Postępowanie takie jest szczególnie wskazane, jeżeli nie jesteśmy pewni, że będziemy mogli naszego chorego odwiedzić następnego dnia.

Podczas nacięcia bębenka można niekiedy doznać wrażenia, jakby się ciął pergamin; a to mianowicie w razie nieobecności zmian zapalnych ucha środkowego, lub, jeżeli ognisko jest otorbielone, ominięcia go przy przekłuwaniu. Zazwyczaj natrafiamy na miękką błonę bębenkową i z nacięcia wycieka krew lub płyn surowiczy; a dość często, w okresach napozór początkowych, co zwłaszcza odnosi się do postaci zapalenia utajonego, wypływa czysta ropa. Po nacięciu błony wyciek trwa zwykle kilka dni; czasami tydzień; lub może już ustać po 25 lub 48 godzinach. Zatrzymywanie się wydzieliny zdarza się na nieszczęście nierzadko, zwłaszcza jeżeli otwór w błonie był wąski. Niekiedy otwór może okazać się zamknięty przez skrzep lub ziarninę. Należy wtedy wykonać albo aspirację skrzepu, lub też przemyć bez ciśnienia ucho ciepłym roztworem fizjologicznym. Można też, jak niektórzy doradzają, uruchomić błonę za pomocą wziernika *Sigl'a*, lub wykonać ponowne nacięcie. Jednakowoż należy unikać zbyt licznych nacięć, dziurawiących błonę bębenkową w rozmaitych miejscach.

Co się tyczy postępowania pooperacyjnego, to osobiście chętnie posługuję się kąpielami i przepłukiwaniami. Większość otjatrów, a po między nimi i autorowie referatu z 1925 r., stosują w przypadkach ropnych płukanie z wody utlenionej rozcieńczonej lub płynu fizjologicznego. Osobiście stosuję przeważnie przemywania ucha za pomocą gruszki o miękkim końcu bez użycia większej siły. Jako płynu używam wprost czystej wody przegotowanej z nieznaczną domieszką soli. Po przemyciu osuszam dokładnie i zakrapiam następnie oliwą gomenolową lub przesączem szczepionkowym. W początkowym, bolesnym okresie jest bardzo wskazane

stosowanie kataplazm i okładów po zabezpieczeniu skóry maścią cynkową lub gazą przetłuszczoną Lumiere'a.

U niemowlęcia należy unieruchomić rączki, aby zapobiec drapaniu w uchu i zrywaniu opatrunku.

W przeważnej liczbie przypadków zapalenie ucha środkowego czy to ostre, czy utajone goi się szybko, o wiele szybciej niż w przypadkach z przebodzeniem samorzutnem, o ile tylko nacięcie błony było wykonane w porę i leczenie następne było staranne. Naogół nie wykazuje ono skłonności do przechodzenia w stan przewlekły.

Jednakże niektóre postacie podostre o podłożu gruźliczem powodują długotrwałe przewlekłe ropienie. Po nacięciu błony bębenkowej ciepłota spada w ciągu kilku dni; jest to spadek powolny, klasyczny, najwięcej pomyślny pod względem rokowania. Niekiedy jednak spostrzegamy raptowne spadki ciepłoty z 40° na 37°, podobnie jak w zapaleniu płuc. Takiemu gwałtownemu spadkowi ciepłoty nie należy ufać; albowiem chociaż niekiedy obniżenie ciepłoty utrzymuje się nadal, to jednak częściej spostrzegamy w podobnych przypadkach również nagłe ponowne zwyżki ciepłoty.

Leczenie powikłań.

Powikłania u dzieci są przeważnie sprawą ciężką; zwłaszcza dotyczy to niemowląt i dzieci bardzo małych. Nietylko powikłanie samo przez się wpływa na ciężkość przebiegu, nierzadko dołączają się jeszcze skutki zabiegu i znieczulenia ogólnego. Poniżej wrócę jeszcze do sprawy pooperacyjnych zejść śmiertelnych niemowląt w powikłaniach zapalenia ucha środkowego.

Pomiędzy powikłaniami ze strony kości i okostnej, zapalenie okostnej jest sprawą dobrotliwą, lecz dość rzadko spostrzeganą. W tych przypadkach wystarcza zwykłe cięcie *Wilde'a*. W przypadkach wątpliwych wykonywują zazwyczaj trepanację uchyłka. Wielu otjatrów jest odmiennego zdania i operuje dwuczasowo, o ile zajdzie tego potrzeba. Naogół, zwykłe zapalenie okostnej spostrzega się rzadko.

Co się tyczy zapalenia wyrostka sutkowego, to jedni operują dwuczasowo, nacinając najsampierw ropień, a dopiero później, o ile zajdzie potrzeba, otwierając uchyłek. Osobiście uważam jednoczasową trepanację wyrostka za odpowiedniejszy sposób postępowania, tembardziej, że można ją wykonać bardzo szybko. U niemowlęcia i małego dziecka zabieg ten składa się z cięcia części miękkich, następnie z otwarcia uchyłka, co wykonać należy w jego części górnej i tylnej, lecz nie za wysoko, aby nie natrafić na oponę twardą. Posługuję się przytem przeważnie odgryzaczem i łyżeczką ostrą; dłuto i młotek są mniej odpowiednie. Należy operować szybko, aby uniknąć wstrząsu, tembardziej, że często jesteśmy zmuszeni jednoczasowo operować obustronnie. Nie nakładam szwów i opatrunek stosuję płytki, powierzchowny. Większość autorów radzi nie posługiwać się zgłębnikiem *Stacke'go* ze względu na kanał półkolisty. W istocie, o ile uchyłek został wystarczająco otwarty niema potrzeby posuwania się dalej bez wyraźnych wskazań.

U dziecka większego, a więc posiadającego dość często wyrostek już komórkowaty, operacja sprowadza się do zabiegu klasycznego jak go wykonywują specjaliści, jednakże nie tak doszczętnego jak doradza *Mouret* u dorosłego, czyli poprzestajemy na otwarciu uchyłka, grupy komórek naduchyłkowych (wyjątkowych razach licowych), komórek tylnych, wierzchołkowych i głębokich poduchyłkowych. Jest to więc prawie całkowita mastoidektomja. Należy tu przytoczyć niedawno wygłoszone zdanie *Seigneurin'a* (41), że w ostrych zapaleniach wyrostka u niemowląt cięcie *Wilde'go* prawie zawsze okazuje się wystarczające. Autor tłumaczy wyniki tego zabiegu po pierwsze łatwością, z jaką uchyłek opróżnia się do jamy bębenkowej, z chwilą gdy wskutek otwarcia ropnia i nacięcia błony mija obrzęk śluzówek i powtóre, szczególną odpornością tkanek u dziecka.

Naogół sądzę, że trepanacja wyrostka należy do rzędu zabiegów mniej ciężkich, zarówno u dziecka, jak i u niemowlęcia; lecz nie wszyscy są tego samego

zdania. Jest to moje osobiste wrażenie, jak zresztą i *Lapouge'a*, który w referacie w T-wie Fr. Laryng w roku 1925 podał trzy przypadki, dotyczące 8, 9 i 11 miesięcznych niemowląt. W dyskusji nad tem doniesieniem przytaczano przypadki nagłego zejścia śmiertelnego w pewnych warunkach i dlatego powrócę do tej sprawy później.

W zapaleniu szpiku nie ograniczam się do trepanacji wyrostka, lecz wykonywam zabieg o wiele doszczętniejszy. Wycinam zapomocą odgryzacza całą płytkę zewnętrzną wyrostka, podobnie jak i u dorosłego, celem szerokiego otwarcia wszystkich schorzałych tkanek, które mogą sięgać niekiedy aż do jamy licowej. Opatruję zupełnie powierzchownie. W przypadkach podobnych opona twarda, a również i zatoka, jest często obnażona.

Zabieg ten jest dość ciężki, lecz może umożliwić wyzdrowienie, jak wykazuje przytoczony powyżej przypadek, gdy była mowa o zapaleniu szerzącem się ku zewnątrz; podczas gdy przypadki posuwające się wgłąb (postać szpitalna) i częstokroć prowadzące do zmian zatokowych są przeważnie śmiertelne.

Do powikłań żylnych zaliczyć należy zapalenie okołożylne z wytworzeniem się ropnia okołozatokowego i zapalenie żył. Pierwsze z nich, aczkolwiek są sprawą ciężką, mogą być wyleczone za pomocą rozległego zabiegu, podczas gdy rokowanie w kategorji drugiej — jest prawie zupełnie niepomyślne. W postaciach utajonych ze skrzepem nie zgorzelinowym, postaciach szczególnie dobrze zbadanych przez *Chatelier'a*, zgodnie z tym autorem sądzę, że wyłyżeczkowanie zatoki nie jest wskazane, skrzep nie powinien być ruszany. Stosuję tu od szeregu lat postępowanie wyczekujące, albowiem zapalenie to nie odznacza się ciężkością. Natomiast zapalenia zatok ropne, a zwłaszcza zgorzelinowe, stojące dość często w związku z zapaleniem szpiku, kończą się przeważnie zejściem śmiertelnem pomimo szerokiego otwarcia, pomimo nacięcia żyły. Jednakże udało mi się uzyskać wyzdrowienie w niektórych przypadkach u dzieci już starszych za pomocą rozległego zabiegu, zwykle połączonego z podwiązaniem żyły szyjnej. Podwiązanie żyły, polecane przez jednych, odrzucane przez drugich, należy mojem zdaniem wykonywać we wszystkich przypadkach ropnego, lub zgorzelinowego zajęcia zatok.

Nie spostrzegałem u niemowląt powikłań ze strony układu nerwowego. U dzieci starszych spostrzegałem natomiast niejednokrotnie porażenia nerwu twarzowego, zmuszające do wykonania zabiegu operacyjnego na wyrostku, nawiasem mówiąc z bardzo dobrym wynikiem. W bieżącym roku spostrzegałem dwa takie przypadki. W podobnych przypadkach należy starannie różniczkować pomiędzy porażeniem nerwu twarzowego wywołanego przez półpasiec uszny, albo też powstałego na tle przeziębienia z niewyraźnemi bólami usznemi, chociaż niektórzy, a pomiędzy nimi *Escat* sądzą, że jest to postać zapalenia utajonego ucha środkowego i jako taka powinna być operowana.

Powikłania oponowe, nawet jeżeli nakłucie lędźwiowe nie wydobyło płynu ropnego, wymagają natychmiastowego rozległego zabiegu, a mianowicie trepanacji wyrostka z obnażeniem opony twardej, częstych nakłuć lędźwiowych i stosowania kąpieli gorących, Postępowanie to ustaliliśmy z *Lannois* i jest ono szczegółowo opisane w rozprawie *Surreau*, która ukazała się podczas wojny. Powikłania oponowe prowadzą przeważnie do zejścia śmiertelnego, jednakże od czasu do czasu udaje się spostrzegać i wyzdrowienia, coprawda wyjątkowe nawet u starszych dzieci. Niekiedy sprawa oponowa okazuje się gruźliczem zapaleniem opon, przebiegającem jednocześuie z zapaleniem ucha środkowego.

Przypomnę, że powikłania mózgowe tylko wyjątkowo występują w wieku dziecięcym, zwłaszcza u niemowląt i małych dzieci. Jednakże już wyżej przytoczyliśmy przypadek *Abonlker'a* ropnia utajonego w tylnym dole czaszkowym móżdżkowym. U starszych dzieci spostrzegamy niekiedy ropnie mózgu lub móżdżku, są to przypadki o nader niepomyślnym przebiegu. W piśmiennictwie zjawiają się jednakże od czasu do czasu przypadki wyzdrowienia po zabiegu operacyjnym, zwłaszcza po operacji podług *Lemaitre'a*, polegającej na wyłączeniu przestrzeni podoponowej.

Jakie są wyniki operacyjne w powikłaniach usznych u dzieci? U dzieci starszych odpowiadają one mniej więcej wynikom

u dorosłych. Jednakże liczba wyzdrowień w zapaleniu opon jest mniejsza niż u dorosłych, albowiem u tych otrzymaliśmy podczas wojny wraz z *Lannois* około 25% wyleczeń. U niemowlęcia i małego dziecka następstwa zabiegu operacyjnego często są bardzo ciężkie.

Czy zabieg należy zaliczyć do lżejszych, czy do ciężkich, zależy przedewszystkiem od charakteru samego powikłania, a następnie od wieku i stanu ogólnego chorego. Niektóre z powikłań odznaczają się względną dobrotliwością, jak to: ropne zapalenie okostnej, zapalenie wyrostka, nawet obustronne, w którem rokowanie pooperacyjne naogół bywa dobre. W zapaleniu szpiku rokowanie jest niepomyślne wyleczenie następuje tylko bardzo rzadko. Co do powikłań żylnych, to zapalenie okołożylne (*periphlebitis*) zazwyczaj kończy się wyzdrowieniem, natomiast *endophlebitis* u całkiem małego dziecka powoduje przeważnie zejście śmiertelne. To samo należy powiedzieć o zapaleniu opon.

Wpływ wieku i stanu ogólnego odgrywa wielką rolę w wynikach pooperacyjnych, zwłaszcza u całkiem małych dzieci. Fakt ten został szczególnie uwypuklony podczas referatu 1925 r., ale już w roku 1924 na zjeździe O. R. L. w Paryżu *Le Mée* omawiał sprawę ciężkości trepanacji wyrostka u niemowlęcia. W lipcu 1925r. *Carnuyt i Terracol*, omawiając zabiegi na uchyłku i nagłe zgony niemowląt tu spostrzegane, przytoczyli przypadek zakończony śmiercią w 24 godziny po zabiegu z objawami dość swoistemi (42). *Moreau* spostrzegał przypadki zejścia śmiertelnego w ciągu pierwszej doby po operacji i w swem doniesieniu w T-wie Franc. O. R. i L. w 1925 r. (43) opisuje on zespół objawów, występujących w kilka godzin po zabiegu: narastająca duszność, wysoka ciepłota, wkrótce osiągająca 41°, drgawki, szybkie tętno, odrętwienie, ołowiane zabarwienie powłok. Czas przebiegu całej sprawy waha się pomiędzy 4 i 20 godzinami. Już w maju 1925 r. (*Le Mée* i *Bloch* (44) przytoczyli trzy przypadki, przez nich spostrzegane, gdzie śmierć wystąpiła przy powyższych objawach; w trzecim przypadku zejście nastąpiło dopiero ósmego dnia po zabiegu z objawami ze strony przewodu pokarmowego; badanie pośmiertne w tym przypadku nie mogło być wykonane.

29 sierpnia 1925 r. profesor *Eemann*, omawiając rokowanie w zabiegach na wyrostku sutkowym u niemowlęcia, wypowiedział następujące zdanie, opierając się na spostrzeżeniach własnych: „z pośród dzieci umierających w powyższych warunkach pewien odsetek przypadków, który dopiero w przyszłości można będzie dokładniej liczbowo określić, należy położyć na karb gruźliczego zajęcia części skalistej kości skroniowej" (gruźlica pierwotna części skalistej kości skroniowej) (45).

Niedawno *Lapouge* (46) podał trzy przypadki, gdzie wystąpiły po zabiegu ciężkie objawy, zwłaszcza wysoka ciepłota, jednakże przypadki te zakończyły się wyzdrowieniem. Również *Moreau* zastanawiał się nad sprawą ciężkości schorzeń ucha u niemowlęcia (47) i przytacza pięć przypadków zejścia śmiertelnego, z tych w dwuch sekcja nie była wykonana. W pierwszym przypadku było zastosowane uśpienie chloroformem, w drugim eterem, trzy pozostałe nie były wogóle znieczulane. W czterech przypadkach oprócz zapalenia wyrostka było i zajęcie nosogardzieli; dłutem posługiwano się w jednym przypadku, a w czterech innych tylko łyżeczką; krwawienia w żadnym z tych przypadków nie było; czas trwania zabiegu wynosił od 10 do 20 minut.

Czemu należy przypisać te nagłe zajścia śmiertelne? Zdaniem wielu nie są one spowodowane usypianiem. Tak sądzi *Moreau*, który spostrzegał powyżej przytoczone pięć przypadków śmiertelnych. Myśli on raczej o wstrząsie, bądź toksycznym, bądź też anafilaktycznym. Przytacza on, że *Ombrédanne* spostrzegał u niemowląt podobne zejścia po innych operacjach i że podług *Hudelo* i *Louet'a* u niektórych niemowląt w przebiegu wyprysku może również nastąpić nagły zgon. *Bloch* obwinia natomiast pomiędzy innemi stan grasiczy, co napotykamy w niektórych przypadkach narośli gruczołowatych. *Le Mée* w dyskusji nad doniesieniem *Moreau* podał, że conajmniej 9 razy spostrzegał zejście nagłe u niemowlęcia i że w niektórych przypadkach uwarunkowane było ono grasicą. *Le Mée* radzi posługiwać się łyżeczką,

aby nie za bardzo rozsiewać zakażenie; wraz z *Chavanne'm* poleca zamrażanie chlorkiem etylu, lub znieczulenie miejscowe, nowokainą bądź jej pochodnemi, lecz bez domieszki adrenaliny, albowiem spostrzegał on po jej użyciu wielokrotnie dość silne krwawienie w cztery lub pięć godzin po operacji.

Czy może rzeczywiście mamy tu do czynienia ze zmianami gruźliczemi, jak to sądzi *Eemann*? Mojem zdaniem skaza gruźlicza, a zwłaszcza stan grasiczy może odgrywać pewną rolę, ale przedewszystkiem przyczynę zgonów widzimy w uśpieniu ogólnem, zbyt głębokiem, jak to często bywa w szpitalach z ciągle zmieniającym się personelem. Istotnie, przed 1910 rokiem, gdy usypiano eterem, podając go w dużych dawkach, jak u dorosłego, spostrzegałem zejścia śmiertelne w ciągu pierwszej doby. Od tego czasu, po wprowadzeniu uśpienia eterowego „kroplowego" na modłę amerykańską, sposobu używanego przez *Vignard'a* w jego oddziale i stosowanego zawsze w naszej klinice, nie mieliśmy więcej takich zejść. Zalety usypiania sposobem kroplowym zostały szczegółowo omówione w rozprawie *Morin'a* (Lugdun 1920 r.).

W samej rzeczy znieczulenie ogólne odgrywa dużą rolę, lecz jednak nie tłumaczy wszystkiego. Należy myśleć o możliwości stanu grasiczego, prześwietlać chorych przed operacją i posługiwać się bądź znieczuleniem miejscowem bez adrenaliny, bądź też zamrażaniem chlorkiem etylu. *Moreau* w swej ostatniej pracy podaje następujące ostrożności: używanie narzędzi ciepłych podczas wykonywania zabiegu, unikanie silnego pocenia się dziecka i wszelkich czynników wywołujących przekrwienie, stosowanie znieczulenia miejscowego, wstrzykując rozczyn 1:200 allokainy do około pola operacyjnego w celu przecięcia dróg dośrodkowych, szybkie dokonanie operacji; wstrzyknięcie po zabiegu rozczynu fizjologicznego z adrenaliną (4 krople adrenaliny na 50 c. sz. rozczynu); wobec wrażliwości niemowlęcia na udar cieplny nie należy stosować waty w opatrunku. Od czasu ścisłego przestrzegania tych ostrożności nie miał on ani jednego przypadku śmiertelnego.

Z powyższego zarysu klinicznego o zapaleniu ucha ostrem i podostrem, przebiegającego jawnie, lub skrycie można wyciągnąć wnioski następujące:

1. U niemowlęcia spostrzegamy przeważnie postać utajoną, zazwyczaj obustronną. Bywa ona często nierozpoznaną i powodować może powikłania ciężkie, niekiedy śmiertelne. Wobec tego jest rzeczą konieczną, aby tak otjatra jak i pedjatra systematycznie przeprowadzali badania w tym kierunku, a szczególnie w środowisku szpitalnem; zwłaszcza gdy niemowlę wysoko gorączkuje bez wyraźnej przyczyny.

2. U dziecka większego spostrzegamy przeważnie postać ostrą lub podostrą, często jednostronną, rzadziej obustronną. Jest to postać klasyczna, wskutek czego i rozpoznanie i leczenie nie nastręczają trudności. Jednakże w pewnych przypadkach o przebiegu bardzo ostrym, lub w razie spóźnionego leczenia, mogą powstać powikłania, niekiedy nadzwyczaj ciężkie.

3. W zapaleniu ucha utajonem u dzieci leczenie chirurgiczne tak zapalenia, jak i jego powikłań wykazało w ciągu lat ostatnich olbrzymie postępy i pozwoliło na uratowanie wielu dzieci i niemowląt.

Piśmiennictwo.

(1) Le Mée, Bloch et Cazejust. — *Rapport à la Soc. Fran. d'O. R. L.*, 1925.

(2) Vignard et Sargnon — „Complications cranio-cérébrales otitiques". *Arch. Internationales de Laryngologie*, décembre 1907.

(3) Sargnon — „Considérations cliniques sur l'otite moyenne aiguë des jeunes enfants et surtout des nourrissons". *O. R. L. Intern. de Chavanne*, 1925.

— „Les otites moyennes aiguës et l'otite de la première enfance". *Journal de Médecine de Lyon*, 5 janvier 1926.

— „Considérations cliniques sur l'otite moyenne aiguë des jeunes enfants, surtout des nourrissons". (Congrès belge de 1925.)

— „Discussion à propos du rapport sur les otites latentes". *Soc. Franç. de Laryng.*, octobre 1925.

(4) Le Mée et Bloch. — „Les formes clinique de l'otite latente chez l'enfant; diagnostic et traitement", 1926.

(5) Lemaitre, Lévy-Bruhl et Aubin. Congrès Français d'O. R. L., 1926.

(6) Le Mée et Bloch, — *Soc. belge d'Otologie,* 1925.

(7 Lermoyez — „Diagnostic et pronostic de la méningite otitipue", rapport au Congrès de Budapest, 1909: „Etude clinicque de la tuberculose de l'oreille, 1914-1915". *Annales de Laryngologie.*

(8) Arbeltier — „Sur la fréquence et la gravité de l'otite du nourrisson",. Thèse, Paris, 1922.

(9) Renaud. — „Etude anatomique sur les otites latentes du nourrisson". In *Annales des Maladies de l'Oreille et du Larynx,* avril 1926.

(10) Moy — „Sur les otites varicelleuses" Thèse Lyon, décembre 1906, n° 53.

(11) Conférence sur la syphilis hérèditaire, Paris, 1925. (Voir *Presse Mèdicale,* octobre 1925).

(12) Crette — Contribution à l'ètude de l'otite moyenne tuberculeuse" Thése Paris, 1920.

(13) Lermoyez. — „Etude clinique de la tuberculose de l'oreille". *Annales de Laryng*, 1914-1915.

(14) Lugard — „La tuberculose de l'oreille moyenne". *The Laryngoscope,* vol, XXXI, n° 5, mai 1921.

(15) M-lle Dessanca Chaponitch. — „Les rapportt qui existent entre l'otite moyenne et les troubles digestifs chez le nourrisson". Thése, Strasbourg, 1926.

(16) Renaud (M.) et Girard (L.) — Les otites latentes du nourrisson; étude anatomique". In *Annales des Maladies de l'Oreille,* avril 1926.

(17) Gardère. — „Les pneumococcies prolongées chez le nourrisson". *Journal de Médicine de Lyon,*

(18) Escat. — Pneumonie et pleurésie purulente otogène sans thrombo-phlébite". *O. R. L. Internationale,* juillet 1921.

(19) Calamida. — „Les abcès du cou d'origine otique". Rapport au XIII-e Congrès de la *Soc. Ital. d'O. R. L.,* en 1910.

(20) Moreaux. — „Deux cas de drainage pharyngien de suppuration mastoïdienne". *Soc. Franç. de Laryng.,* mai 1921.

(21) Portmann et Retrouvey. — „Nouvelle infection mastoïdienne dans une apophyse antérieurement opérée de mastoïdienne et cliniquement guérie". *Presse Mèdicale* du 5 mai 1925.

(22) Girard. — Article in *O. R. L. Internationale.* 3 mars 1921.

(23) Chatielier. — „Contribution à l'étude des complications veineuses des oto-mastoïdites". Thése, Paris, 1922.

(24) Lambert, — „La thrombo-phlébite latente du sinus latéral". Thése, Lyon, 1926.

(25) Collet. — „Les anomalies du sinus latéral". *Lyon Médical,* 14 mai 1905.

(26) Vernieuve. — „Les anomalies du sinus de la dure-mère, leur signification cliniqus en otologie". *Revue de Laryngologie,* mai 1921.

(27) Rodger. — „Un cas de phlébite du sinus caverneux" (?) *The Journal of Otology,* mars 1921. *An.* in. *O. R. L. Intern.,* août 1921.

(28) Caboche. — „Trois cas de névralgie dentaire au cours d'une otite moyenne suppurée; leur signification". *Arch. Inter. d'O. R. L.,* mai 1925.

(29) Aloin. — In *Ann. de Laryng.,* 1926 p. 1036.

(30) Caliceti — „La pathologénie du sydrome de Gradenigo". *O. R. L Intern.* août 1921.

(31) Rimini. — „Le syndrome de Gradenigo". XXII-e Congrès italien, septembre 1925.

(32) Lapouge. — *Revue de Laryngologie,* 1923.

(33) Lannois. — „La paralysie du moteur oculaire externe d'origine otique". *Lycu Médical,* 28 novembre 1926.

(34) Sargnon et Binet. — „Mastoïdite phlébite du sinus, méningite et fungus cérébral, guérison". *Lyon Médical,* 1922.

(34') Aloin. — „La méningite des nourrissons". *Soc. Nat. de Méd. Lycon,* 20 mai 1925.

(35) Aboulker. — „Les complications silencieuses des otites". In *Presse Médicale,* 8 aout 1925.

(36) Sargnon et Vignard. — „Complications cranio-cérébrales otitipues". *Arch. Intern. de Laryng.* 1907.

(37) Gaillard et Mounier. — „Abcès cérébral temporo-sphénoïdal d'origine otique". *Soc. de Méd. de Lyon,* 14 janvier 1925.

(38) Portmann — „Mastoïdites et mal de Pott sous-occipital". *Revue de Chirurgie,* septembre-octobre 1919.

(39) Reverchon et Worms. — „La radiographie en O. R. L.". Rapport à la *Soc. Franç. de Laryng.,* mai 1923.

(40) Dufourt. — „Où en est la vaccinothérapie dans les affections broncho-pulmonaires". *Clinique et Laboratoire,* 20 juin 1926.

(41) Seigneurin. — „Les mastoïdites aiguës des nourrissons semblent, presque toutes, justiciàbles de la simple incision de Wilde". *Revue de Laryngologie,* 31 décembre 1926.

(42) Canuyt et Terracol. — *Revue de Laryngologie,* juillet 1925.

(43) Moreau. — „La gravité des opérations mastoïdiennes chez le nourrisson". *Soc. Franç. d'O. R. L.,* octobre 1925.

(44) Le Mée et Bloch. — „A propos de la mastoïde du nourrisson". *Soc. de Laryng. des Hôp. de Paris,* 11 mars 1925.

45) Eemann. — „A propos du pronostic sur les opérations de la mastoïde du nourrisson". *Le Scalpel.* 29 août 1925.

(46) Lapouge. — „Tréparation mastoïdienne chez le nourrisson (?)". *Revue de Laryngologie,* 15 novembre 1926.

(47) Moreau. — „La gravité des maladies de l'oreille chez le nourrisson". *Ann. des Maladies de l'Oreille* octobre 1926.

Z ZAKŁADU LECZNICZEGO D-ra L. SCHMIDTA i D-ra ED. WEISZA
PISZCZANY.

Chorobliwe sposoby chodzenia w rwie kulszowej

PODAŁ

Dr. Edward Weisz, Piszczany.

Niektórzy cierpiący na rwę kulszową nie zdradzają przy chodzeniu żadnych objawów bólu. W tych przypadkach zaś, kiedy ból utrzymuje się, albo wzmaga się przy chodzeniu, zmienia się także sposób chodzenia.

Czasem jest chód zupełnie symetryczny, przy chodzeniu nie ma między lewą a prawą stroną żadnej różnicy, a utrzymuje się pewnego rodzaju sztywność tułowia. Tułów unika przy chodzeniu wszelkich wychyleń i dlatego sposób chodzenia staje się podobnym do chodu w początkach próchnicy kręgów. Chód staje się drepcący, drobnokrokowy. Ból jest umiejscowiony głównie w okolicy lędźwiowej, i krzyżowej, często jest dany przypadek skomplikowany z wyraźnym postrzałem *(lumbago)* przyczem schorzenie kończyn ustępuje na plan drugi.

Ze względu na to, że obustronność schorzenia w rwie kulszowej nie jest rzadkością — wśród naszych chorych, nie podejrzanych na wiąd rdzenia, znaleźliśmy 15% obustronnej rwy — musimy zwrócić uwagę na to, że przy obustronnem schorzeniu symetryczne schorzenie chodu może mieć miejsce także bez *lumbago*. I to stanowi zarazem dowód, że obie strony są jednakowo schorzałe, że oba pnie nerwowe są jednakowo zajęte i reagują równomiernie na uraz powstały przy chodzeniu.

W większości jednak przypadków, jak wiemy, rwa kulszowa jest jednostronna i odpowiednio do tego jest chód w większości przypadków asymetryczny.

Przedewszystkiem przy chodzeniu po większa się boczne skrzywienie kręgosłupa, gdyż wskutek zwiększonych wymagań przy chodzeniu musi się zwiększyć odciążenie dla strony chorej. Ponadto także i zmiany w obrębie kończyn przyczyniają się obok chorobliwego ustawienia kręgosłupa, do wzmożenia chorobliwego sposobu chodzenia.

Najprostszą jest mechanika patologicznego sposobu chodzenia, spowodowanego przez mniej lub więcej paretyczny stan odnośnej kończyny. I tu musimy uwzględnić dwie rzeczy.

Możemy mieć do czynienia z porażeniem nerwu strzałkowego. Chory musi wtedy przy chodzeniu podnieść kończynę chorą, z powodu jej ustawienia w formie stopy końskiej, ponad normę, a następnie noga z większą siłą opada z powodu braku odpowiedniego napięcia mięśniowego. Gdy zaś porażenie jest daleko posunięte, chory nie może kończyny podnieść do góry i musi nią powłóczyć po ziemi. W innych zaś przypadkach nie można wykazać wyraźnego porażenia danego pnia nerwowego, natomiast kończyna dana wykazuje mniejszą zdolność do pracy, niż zdrowa, nuży się szybciej i w następstwie tego chód, zwłaszcza po dłuższym czasie, wykazuje po stronie chorej objawy znużenia podobne do porażenia.

Do sposobu chodzenia podobnego do porażenia należy sposób spostrzeżony przez nas na tysiące przypadków rwy tylko dwa razy, z których jeden przed laty już opisaliśmy jako „niezwykły sposób chodzenia w rwie kulszowej". Anormalność tych przypadków polegała na tem, że chory przy jednakowej długości kończyn, chodził w ten sposób, jakgdyby strona schorzała była 4—5 cm. krótsza, co się zaznaczało wyraźnie przy chodzeniu w bok, a zwłaszcza w tył. Przypadek ten tłumaczymy sobie porażeniem grupy abduktorów.

Jednostronność przy chodzeniu może być wywołana także i przez to, że chory celem odciążenia pnia nerwowego zgina kończynę w stawie kolanowym, co pociąga za sobą skrócenie kończyny w znaczeniu fizykalnem. Następstwem tego jest do pewnego stopnia utykanie, którego rozmiary zależą od następujących warunków. Kiedy przy postawieniu kończyny ból jest

bardzo gwałtowny, utykanie nabiera cech skoku, tak jakby chory chciał przeskoczyć ponad chorą kończynę. Jeśli natomiast postawienie stopy na ziemi nie jest połączone z bólami, utykanie nie przybiera szczególnych rozmiarów.

Wreszcie w niektórych przypadkach chorzy znajdują największą ulgę przy wyprostnem ustawieniu kończyny. Unikają wtedy wszelkiego zginania kończyny, trzymają ją w stałej abdukcji i posługują się najczęściej laską. Tułów przechyla się ku stronie zdrowej a kończyna wyprostowana i abdukowana wisi niejako w powietrzu i ledwie palcami dotyka ziemi.

Przy bardzo silnych bólach chorzy używają nie tylko lasek, ale także szczudeł, a czasami nawet nie mogą się poruszać bez pomocy drugich.

Jak z powyższego wynika, nie istnieje sposób chodzenia, któryby był patognostyczny dla rwy kulszowej. Chód może często przypominać sposób chodzenia w gruźlicy stawu biodrowego. I tylko dokładne rozważanie może doprowadzić do trafnej oceny danego sposobu chodzenia i zastosowania odpowiedniego leczenia.

STRESZCZENIA

CHOROBY WEWNĘTRZNE.

Niedokrewność złośliwa u ciężarnych leczona metodą Whipple'a. P. N. Deschamps i A. Froyez. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 4. 1928 r.*

Niedokrwistość złośliwa ciężarnych jest uważana za jedną z najbardziej ciężkich postaci tego schorzenia; dotychczas niemożliwem było ocalenie chorych bez uprzedniego usunięcia płodu bądź to drogą prawidłowego rozwiązania, bądź też drogą sztucznego poronienia. Autorowie podają obserwację przypadku, leczonego metodą *Whipple'a*, który przedstawiał się jak następuje:

Chora lat 27-miu zgłasza się do szpitala ze skargami na ogólne osłabienie, utratę apetytu, nudności i niekiedy wymioty. Przed miesiącem wystąpiły obrzęki dolnych kończyn oraz bladość wzmagająca się coraz bardziej i stałe powiększanie się brzucha. U chorej stwierdzono ciążę 5-cio miesięczną, mimo, że perjody utrzymywały się przez pierwsze 5 miesięcy tego stanu; jest to pierwsza jej ciąża. W chwili przyjęcia uderza przedewszystkiem znaczna bladość powłok chorej; najmniejsze ruchy wywołują duszność; ciepłota jest prawidłowa. Można stwierdzić tony serca płodu; przewód pokarmowy bez wybitniejszych zmian, chora skarży się tylko na pragnienie oraz nudności. Nad sercem słyszy się lekki szmer anemiczny, tętno równe i miarowe, 80 na minutę, parcie tętnicze $^{10}/_{7}$ cm Hg; wątroba, śledziona nie powiększone, mocz bez białka i cukru. Badanie krwi wykazuje: erytrocytów 1.800.000; leukocytów 8.000; hemoglobiny 45%; wskaźnik 1.25; obraz morfotyczny wykazuje lekką limfocytozę, ciałek jądrzastych czerwonych 2% ilości leukocytów; rzadkie myelocyty. Kurczliwość skrzepu rawidłowa, czas krwawienia 2 i pół minuty, czas krzepnienia 35 minut, początek hemolizy przy 0.50% Na Cl, całkowita hemoliza przy 0.45% Na Cl.

U chorej zastosowano leczenie metodą *Whipple'a* podając 250 gr wątroby wołowej dziennie; nadto w samym początku leczenia dokonano przetaczania krwi z cytrynianem sodu trzykrotnie po 200 cm. Już w pierwszych dniach leczenia można było stwierdzić u chorej poprawę, która postępowała tak szybko, że po upływie miesiąca ilość ciałek czerwonych wynosiła: 5,047,000 i hemoglobiny 75%, obraz morfotyczny niemal prawidłowy. Stan ten utrzymywał się aż do końca porodu, który nastąpił w prawidłowym czasie. Chora urodziła żywe dziecko, a niebawem później płód zmumifikowany wagi 120 gr. Połóg rownież prawidłowy. Ilość ciałek czerwonych w chwili opuszczenia szpitala przez chorą wynosiła: 4,000,000.

W odniesieniu do powyższego przypadku zauważyć należy, że niedokrewność złośliwa wystąpiła u pierworódki, podczas gdy zazwyczaj dzieje się to u wieloródek. Przyczem perjody trwały aż do piątego miesiąca. Po drugie jest to pierwsze spostrzeżenie poprawy stanu ogólnego podczas ciąży, co dotychczas uchodziło za rzecz niemożliwą. Autorowie przyznają, że niewątpliwy dla nich wpływ metody *Whipple'a* nie występuje w powyższym przypadku dość jasno wobec tego faktu, że równocześnie zastosowano trzykrotne przetaczanie krwi. Należy jednak podnieść, że przetaczanie krwi stosowano już niejednokrotnie w podobnych przypadkach bez pożądanego wyniku, o ile ciąża nie była przerwana. Zastanawiającem jest także niezwykle szybki wzrost ilości ciałek czerwonych. Wreszcie podkreślić należy korzystny wpływ metody *Whipple'a* w przypadku, który nie należy do niedokrwistości złośliwej typu kryptogenetycznego, opisanego przez *Biermer'a*, mimo, że autorowie amerykańscy podnoszą korzystny wpływ powyższego leczenia tylko w schorzeniu *Biermer'a*.

W dyskusji *Aubertin* podnosi raz jeszcze cechy charakteryzujące powyższy przypadek, zaznaczając, że otrzymał również korzystne wyniki w niedokrwistości, wywołanej przez nowotwór złośliwy stosując metodę *Whipple'a* i jednokrotne przetaczanie krwi, przyczem ilość ciałek czerwonych wzrosła z półtora miljona do trzech miljonów.

Wpływ zakażenia na przebieg niedokrwistości złośliwej leczonej metodą Whipple'a. E. Bernard i Desbucquois. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 3. 1928 r.*

Autorowie podają historje choroby, dotyczącą chorego lat 66, u którego stwierdzono niedokrewność złośliwą typu kryptogenetycznego, daleko posunięta (760,000 ciałek czerwonych, 3,200 leukocytów w tem 63% obojętnochłonnych, rzadkie normoblasty, anizocytoza): obrzęki na kończynach, szmery anemiczne nad sercem, wątroba na cztery palce niżej łuku żebrowego, śledziona powiększona. Stan chorego był tak ciężki, że autorowie mało mieli nadziei utrzymania go przy życiu. Zastosowano natychmiast leczenie metodą *Whipple'a* (200 gr. wątroby wołowej dziennie), pod której wpływem ilość ciałek czerwonych zaczęła szybko wzrastać tak, że po upływie dwuch miesięcy wynosiła 3,600 000. Wówczas chory dostał nagle dreszczów i kaszlu, ciepłota podniosła się do 39° c. nad obu płucami stwierdzono rozlany nieżyt oskrzeli. Temu stanowi towarzyszyła biegunka. W trzy dni później ciepłota powoli zaczęła opadać, ilość ciałek czerwonych spadła jednak do 2.200.000. Po upływie 12-tu dni stan chorego zupełnie się poprawił, ilość ciałek czerwonych wzrosła do 3.500,000. W tydzień później ilość ciałek czerwonych wynosiła już 4.200,000. Niebawem chory opuścił szpital w doskonałym stanie zdrowia.

Autorowie podkreślają daleko posuniętą niedokrewność, jakiej przy stosowaniu leczenia zapomocą

metody *Whipple'a* dotychczas we Francji nie notowano (760.000 erytrocytów). Godny zaznaczenia również jest późny wiek chorego. Szczególnie ciekawym jest jednak wpływ krótkotrwałego zakażenia, pogarszającego stopień niedokrewności, mimo, że leczenie metodą *Whipple'a* nie uległo żadnej przerwie. Widać stąd, że wpływy pogarszające stan niedokrwistości mają swe pełne znaczenie i w czasie leczenia zapomocą doustnego podawania wątroby. Autorowie podkreślają też analogję między działaniem na wątroby niedokrewność, a działaniem insuliny na glykemję przy powikłaniach zakaźnych, albowiem *Aubertin*, podobnie jak i *Joslin*, wyraźnie podnoszą małą skuteczność insuliny u chorych cukrzycowych, gorączkujących z powodu powikłań zakaźnych.

Przypadek niedokrwistości aplastycznej. J. C. Mussio Fournier, A. Garra F. Rocca i J. Monéstier. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 4. 1928 r.*

Autorowie podają przypadek niedokrwistości aplastycznej, opisanej przez *Ehrlicha* w r. 1888 i spostrzeganej dotychczas zaledwo 95 razy (według *Aubertin'a*). Początek tego schorzenia jest zawsze nagły, bez podwyżek ciepłoty, niedokrewność szybko postępuje naprzód. Śledziona, wątroba i gruczoły są niepowiększone; stale stwierdzać można objawy skazy krwiotocznej (krwawienia z macicy, z nosa, wybroczyny w siatkówce, w skórze i t. d.): urobiliny w moczu nie stwierdza się. Obraz krwi wykazuje znaczne obniżenie ilości ciałek czerwonych już w pierwszych dniach choroby; wskaźnik hemoglobiny zazwyczaj niższy od jedności; poikylocytoza i anisocytoza nieznaczne; polychromatofilji nie spostrzega się; brak też ciałek czerwonych jądrzastych. Co do ciałek białych istnieje zawsze leukopenja ze względną limfocytozą; ilość płytek Bizozerro zawsze znacznie zmniejszona; czas krzepnienia krwi prawidłowy, czas krwawienia przedłużony; kurczliwość skrzepu nieznaczna. Przebieg schorzenia jest szybki, śmierć następuje po paru tygodniach, rzadziej po paru miesiącach.

W przypadku autorów przebieg schorzenia był analogiczny do opisanego wyżej. Ilość ciałek czerwonych, w chwili przyjęcia chorej do szpitala, wynosiła 1,900,000, tuż przed śmiercią zaś 800,000. Ilość ciałek białych wahała się: 900 — 800. Ilość płytek krwi 40,000. Autorowie wykluczają agranulocytozę ze względu na brak objawów angina necrotica oraz zbyt daleko posunięta niedokrwistość, nie spotykana przy agranulocytozie. Podobnie wykluczyć należało ostrą białaczkę limfatyczną o typie leukopenicznym, ze względu na brak młodych komórek białych. Jako odrębność od obrazu klasycznego niedokrewności aplastycznej podkreślić należy stany podgorączkowe (do 38°), jako też nieznaczne powiększenie śledziony i kilku gruczołów podszczękowych po stronie lewej.

Kolka ołowiowa z następową mocznicą o szybkim przebiegu. Ch. Aubertin i P. Foulon. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 3. 1928 r.*

Zazwyczaj uważa się zapalenie nerek na tle zatrucia ołowiem za sprawę przewlekłą i występującą ze wzmożeniem parcia tętniczego krwi; w przypadku autorów zatrucie ołowiem w przeciągu 6-ciu miesięcy wywołało podostre zapalenie nerek, z dużą białą nerką, któreto zapalenie wyrażało się znaczną azotemją, jednakowoż bez wzmożonego parcia krwi i bez obrzęków. W powyższym przypadku kolka ołowiowa wywołała mocznicę u chorego z ukrytą azotemją, co tłumaczy i potwierdza dotychczasowe wzmianki o przejściowym zespole nerkowym, który niekiedy towarzyszy kolce ołowiowej (*oliguria, albuminuria, azotemia*).

Chory lat 45 zgłasza się z powodu kolki ołowiowej i podaje, że od sześciu miesięcy pracuje w hucie ołowiowej. Napad obecny jest dopiero drugim z rzędu. Badanie fizykalne nie wykazuje żadnych zmian w narządach wewnętrznych, ciepłota nie podwyższona, parcie krwi wynosi 11/8,5 cm Hg, odczyn Wassermanna ujemny, w moczu białko obecne (1 pro mille). Krew: 4,940,000 ciałek czerwonych, 85% hemoglobiny, 23,100 leukocytów, obraz morfotyczny wykazuje neutrofilje. Ilość moczu bardzo skąpa: 500 gr. pierwszego dnia, 250 gr drugiego dnia. Trzeciego dnia pobytu w klinice wystąpiły u chorego drgawki toniczno-kloniczne z pogryzieniem języka. Chory apatyczny, nie wykonuje najprostszych poleceń. Oligurja trwa nadal, ilość białka zwiększa się do 7 pro mille, parcie krwi wynosi 12/7,5 cm Hg, ilość mocznika we krwi 7,5 gr. W następnych dniach drgawki powtarzają się i występuje *stomatitis saturnina*; ilość mocznika w płynie mózgowo-rdzeniowym wynosi 5,73 gr pro mille. Nadto w płynie stwierdzono obecność ołowiu. W cztery dni później, wśród wielkiego napadu drgawek, chory zmarł. Sekcja wykazała nerki duże ze zmianami zarówno w części rdzeniowej jak i korowej.

W przypadku powyższym podkreślić należy raz jeszcze, że *nephritis saturnina* może przebiegać pod postacią podostrą i azotemiczną, podobnie jak to spotykamy przy *nephritis mercurialis anurica*, w której ilość azotu we krwi podnosi się bardzo wysoko. Następnie należy podkreślić, że niewątpliwie znaczna azotemja przebiegała przez czas dłuższy zupełnie skrycie, gdyż wykazać ją można było jeszcze przed wystąpieniem napadu drgawek, ktore doprowadziły bezpośrednio do śmierci.

Przypadek mięsaka wrzekomego o głównem umiejscowieniu w śledzionie. P. Emile-Weil, P. Chevallier i F. Flandrin. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 2. 1928 r.*

Chory lat 25 zauważył guz w brzuchu po stronie lewej, wskutek czego poddany był leczeniu roentgenologicznemu, w rok po wystąpieniu powyższych objawów. Pod wpływem tego leczenia guz zmniejszył się, lecz wystąpiły małe gruczoły w okolicy pachwiny, niebawem guz znowu pojawił się, co skłoniło chorego do szukania porady lekarskiej. Stwierdzono powiększenie śledziony, przy ujemnym odczynie Wassermanna i zaproponowano choremu wycięcie śledziony. Wobec braku jego zgody zastosowano 12 wstrzyknięć rtęciowych. W trzy lata po rozpoczęciu choroby chory zgłasza się znowu do szpitala z powodu bólu w jamie brzusznej, wymiotów żółciowych, zatrzymania stolców i gazów. Badanie wykazuje znaczne powiększenie śledziony u chorego bladego i szczupłego, z odcieniem żółtaczkowym. Wątroba również nieco powiększona, w moczu ślady białka. Krew wykazuje 4,200,000 ciałek czerwonych, 55% hemoglobiny, 8,400 ciałek białych, w tem 81% neutrofilów. Nakłucie śledziony

wydobyło na jaw krew oraz nieliczne komórki o jasnem jądrze, podobne do makrofagów. Choremu wycięto śledzionę, poczem stan jego znacznie się poprawił. W parę miesięcy później wystąpił u chorego guz na potylicy wielkości mandarynki. Guz ten wychodził z kości. U chorego zastosowano leczenie promieniami Roentgena, po którem chory przybrał na wadze, lecz tylko na krótki czas, gdyż niebawem zaczął na nowo chudnąć, mimo że guz zniknął. W trzy lata po operacji (a w 6 lat po wystąpieniu objawów chorobowych) chory zmarł, wprawdzie bez charłactwa, lecz wśród objawów guza w mózgu, bez umiejscowienia. (Trepanacja dokonana dla zmniejszenia parcia wewnątrzczaszkowego pozostała bez skutku).

Sekcji nie można było dokonać. Badanie wyciętej śledziony wykazało obecność guzów białawych twardych i skrzypiących pod nożem. Bliższa analiza makro i mikroskopowa wykryła obecność chłoniaka, zamiast przypuszczanego mięsaka, którego cechy włóknisto-limfatyczne wskazywały na pochodzenie zapalne. Przyczyną tego stanu była grzybica. Autorowie nie określają bliżej rodzaju grzybka, podkreślają tylko, że w przypadku powyższym, którego przebieg kliniczny i wygląd anatomiczny śledziony łudząco przypominał mięsak — że w przypadku tym, chodziło jednak o guzy o budowie fibro-limfatycznej, wywołane przez grzybek.

Przypadek endocarditis ulcero-perforativa. Połączenie komory z przedsionkiem prawym. Ch. Achard i M. Hamburger. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 4 r. 1928.*

Chora lat 21, operowana z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego, w niedługi czas po wyleczeniu rany operacyjnej zgłosiła się z powodu ciepłoty ciała dochodzącej do 39,5°. W pierwszych dniach nie stwierdzono żadnych zmian; nagle wystąpiła znaczna duszność, sinica oraz objawy duszniey bolesnej i wówczas to stwierdzono wyraźny szmer skurczowy, udzielający się ku lewej pasze i słyszalny nawet w okolicy przykręgosłupowej. Tętno wynosiło 110, z dłuższemi pauzami co trzy uderzenia. Parcie tętnicze $^{10}/_{5}$ cm Hg; roentgenologicznie duże serce, szczególnie powiększone serce prawe. Śledziona i wątroba powiększone również i bolesne. Po 24 godzinach nastąpiła śmierć. Na sekcji stwierdzono, obok powiększenia serca, owrzodzenie w ścianie komory lewej i w tem miejscu otwór prowadzący do prawego przedsionka. We krwi stwierdzono obecność paciorkowca, podobnie i w rozcierkach z owrzodzenia serca.

Ten rzadki przypadek przebicia tłumaczy się tem, że górna część przegrody śródkowej serca oddziela komore lewą od przedsionka prawego, gdyż komora prawa jest krótsza od lewej. Dopiero poniżej przegroda środkowa jest przegrodą międzykomorową, a powyżej przegrodą międzyprzedsionkową. Miejsce przebicia jest „przestrzenią nieobronną" (*Peacock*) utworzoną przez dwa listki wsierdzia.

Trzy przypadki wyleczenia klinicznego zawału w mięśniu sercowym. E. Denzelot. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 4. r. 1928.*

Badania sekcyjne stwierdziły oddawna ponad wszelką wątpliwość wyleczalność zawałów mięśnia sercowego. Klinicznie trudno było mówić o powyższej wyleczalności ze względu na trudności rozpoznawcze zespołu objawów, występującego przy tem powikłaniu schorzenia naczyń wieńcowych serca. Autor sądzi, że obecnie sprawa ta przedstawia się znacznie jaśniej i że poza zawałami w mięśniu sercowym, które przebiegają skrycie lub prowadzą do natychmiastowej śmierci— istnieje nadto zespół opisany przez *Mari'ego, Gallavardin'a, Lutembacher'a, Lian'a, Wearn'a, Weissenbach'a* i innych. Autor opiera się na własnych 12-tu przypadkach, z których trzy uważa za wyleczone. Zespół objawów, występujących w zawale mięśnio-sercowym podzielić można na dwie grupy, z których pierwsza obejmuje objawy zasadnicze, druga zaś objawy towarzyszące.

W grupie pierwszej istnieją cztery objawy, a mianowicie: 1. ból o typie angina pectoris, odznaczający się długiem trwaniem (godziny a nawet dnie), nieprzerywany, o najwyższem napięciu; 2. obniżenie parcia tętniczego krwi, dotyczące zarówno parcia skurczowego jak i rozkurczowego i dochodzące do 2 cm Hg; 3. gorączka do 38,5° występująca w drugim, trzecim lub czwartym dniu; 4. suche zapalenie osierdzia, wyrażające się tarciem osierdziowem, przyczem zaznaczyć należy, że objaw ten nie jest stały, może występować tylko przelotnie w późniejszym okresie chorobowym, a nawet może go brakować zupełnie.

Do grupy drugiej należą: 1. zaburzenia w rytmie serca, wyrażające się bądź to przyśpieszeniem tętna, bądź też wystąpieniem skurczów dodatkowych i t. p.; 2. zaburzenia żołądkowo-jelitowe, jak nudności, wymioty, bębnica; 3. objawy płucne pod postacią obrzęku płuc lub nieżytu oskrzeli; 4. zaburzenia elektrokardiograficzne opisane przez *Willius'a, Pardee'a, Oppenheimer'a i Rothschild'a, Arrillaga, Clerc'a.*

Następnie autor opisuje trzy przypadki, które przebiegały wśród powyżej danych objawów i dodaje na końcu, że w przypadkach śmiertelnie przebiegających zejście nastąpić może nie tylko w okresie początkowym, ale też i po zupełnem ustąpieniu objawów chorobowych i to w sposób nagły i nieoczekiwany. Na podstawie swego doświadczenia autor sądzi, że ten niebezpieczny dla chorego okres trwa około trzech do czterech tygodni. Co do leczenia autor poleca przedewszystkiem morfinę, następnie digitalis i strophantus w dawkach średnich i doustnie. Tylko w wyjątkowych przypadkach zapadu stosować należy ouabaine, przy obrzęku płuc upust krwi a nadto adrenalinę w dawce 1 mlgr. domięśniowo.

W dyskusji *Clerc* omawia badania autorów amerykańskich; dotyczące objawów w zawale w mięśniu sercowym i porównuje je do objawów, których dostarcza doświadczenie na zwierzęciu z podwiązaną tętnicą wieńcową serca. Podkreśla przytem jednak, że podobnie jak i objawy kliniczne, tak i cechy krzywej elektrokardiograficznej nie są patognostyczne tylko dla zawału serca, wobec czego jedynem, istotnem potwierdzeniem rozpoznania jest badanie pośmiertne. Dlatego też *Clerc* zaznacza, że bardziej oględnie, niż to czynią autorowie amerykańscy, wyrażałby się o wyleczonych zawałach w mięśniu sercowym.

W dalszej dyskusji *Laubry* z jeszcze większym naciskiem podnosi niepewność rozpoznania zawału serca, jakkolwiek przypisuje duże znaczenie objawom opisanym powyżej. Na dowód czego przytacza w krótkości przypadek, w którym wystąpiły wszystkie objawy zawału w mięśniu sercowym, łącznie z odwróceniem fali T w krzywej elektrokardiograficznej, której tak wielkie znaczenie przypi-

sują amerykanie, podczas gdy na sekcji okazało się że chodziło tu o pęknięcie aorty.

Zapalenie osierdzia jako objaw zawału w mięśniu sercowym. P. Halbron i A. Lichtwitz. *Soc. Méd. des Hôpit. Nr. 5. r. 1928.*

Chory lat 52 został umieszczony w szpitalu z powodu objawów dusznicy bolesnej znacznego stopnia oraz gorączki, trwającej od trzech dni. W chwili badania objawów *angina pectoris* już nie stwierdzono, ciepłota ciała wynosiła jednak 39,2°, tętno 90 na minutę, parcie krwi 12,5/7 cm Hg. w moczu brak białka, serce było powiększone, a nad niem wyraźnie słyszalne tarcie osierdziowe. Ponadto stwierdzono zmianę zapalną płucno-opłucnową w dole po lewej stronie. Prześwietlenie promieniami Roentgena potwierdziło powyższe zmiany. Autorowie zastosowali 10 gr. salicylanu sodu i 20 kropli nalewki ze strophantus dziennie. Po upływie paru dni ciepłota nieco opadła, podchodziła niekiedy jednak do 37.5°, a tarcie osierdziowe utrzymywało się również. Stan ten powoli uległ poprawie i chory miał już opuścić szpital, gdy nagle 17-go dnia choroby wystąpił ostry napad angina pectoris, który w ciągu paru minut spowodował zejście śmiertelne. Badanie pośmiertne wykazało powiększenie serca, zapalenie osierdzia oraz świeży zawał w mięśniu sercowym z charakterystycznemi zmianami w jego otoczeniu, a nadto obecność tętniaka wielkości około dwu franków. Autorowie podkreślają w powyższym przypadku miarowość tętna, brak zmian w parciu krwi oraz brak objawów osłabienia mięśnia sercowego, przyczem podnoszą znaczenie zapalenia osierdzia o przebiegu gorączkowym, występującem po napadzie angina pectoris dla rozpoznania zawałów w mięśniu sercowym.

W dyskusji *Lian* podkreśla, że kiedy w r. 1921 i 1925 opisywał zespół objawów zawału w mięśniu sercowym (dłużej trwające objawy *angina pectoris* z ostrą niedomogą mięśnia sercowego, nudności, gorączka i niekiedy tarcie osierdziowe) — wówczas już był przekonany, że w wielu przypadkach przy braku powyższych objawów znaleźć będzie można na sekcji nierozpoznany za życia zawał serca. Nie mniej jednak wartościową jest znajomość powyższego zespołu, która pozwoli w niektórych przypadkach na rozpoznanie zawału w mięśniu sercowym.

O ouabainie Arnaud'a. Vaquez i Lutembacher. *Presse Méd. Nr. 9. r. 1928.*

Autorowie przedstawili w r. 1917 wyniki swoich pierwszych badań nad ouabainą Arnaud'a. Nowy ten środek przez nich wprowadzony z początku spotkał się z krytyką i niedowierzaniem a to ze względu na bliskie jego pokrewieństwo ze strofantyną. Niebawem jednak ouabaina uzyskała prawo bytu i to tak powszechne, że wkrótce rynek lekarski został zalany preparatami tego nowego środka nasercowego. Ta powódź nowych leków skłania autorów do powtornego podjęcia sprawy ouabainy. Autorowie przypominają, że w r. 1907 *Fraenckel* podał swe pierwsze korzystne wyniki uzyskane przy pomocy dożylnego wprowadzenia strofantyny w przypadkach ciężkiej niedomogi serca. Niebawem jednak ciężkie powikłania, a nawet śmierć wywołana przez strofantynę, zdyskredytowały niemal całkowicie ten środek. Autorowie nie przyłączyli się do tego ogólnego zdania, przypuszczając (jak się okazało słusznie), że te niepożądane wypadki zależą od niejednolitości samej strofantyny. Autorowie swrócili się do prof. *Arnaud*, który przedstawił im szereg środków do wypróbowania, wyniki jednak nie były zbyt zachęcające. Cennym środkiem okazała się dopiero ouabaina, otrzymana ze *strophantus gratus*. Alkaloid ten krystalizuje łatwo, posiada ściśle określoną jadowitość i łatwą rozpuszczalność. Po śmierci prof. *Arnaud* ouabaine wytwarzają zakłady Nativelle. Od tej ouabainy różni się preparat wyodrębniony przez *Thoms'a* i niestety tak samo nazwany, który jest jednak znacznie bardziej jadowity od ouabainy *Arnaud'a*. Autorowie podnoszą, że badanie nad farmakodynamiką środków nasercowych przeprowadzone na zwierzętach nie dały tłumaczenia faktów, stwierdzonych w klinice. Przyczyna tego niepowodzenia leży w tem, że środki nasercowe posiadają odmienny wpływ na ustrój z sercem chorem, aniżeli na ustrój z sercem zdrowem lub sztucznie uszkodzonem, jak to się dzieje w doświadczeniach na zwierzętach. Dzięki badaniom *Gley'a i Lapicque'a* wiemy, że *strophantus* jest jadem prawie wyłącznie mięśniowym i to zarówno dla mięśni gładkich, jak i prążkowanych. Działanie jego na zwierzętach jest zupełnie analogiczne do działania digitaliny. Autorowie dają jednak pierwszeństwo ouabainie z kilku względów. Przedewszystkiem znaczna rozpuszczalność ouabainy pozwala na jej łatwą dyffuzję w tkankach i stąd jej działanie jest bardzo szybkie, podobnie jak i wydzielanie z ustroju, w czem różni się ona od digitaliny, nawet wprowadzonej w roztworze alkoholowo-glicerynowym bezpośrednio do żyły. Następnie ouabaina posiada tę wyższość nad digitaliną, że w przypadkach niedomogi mięśnia sercowego występującej ze znaczną rozstrzenią tegoż, wywołuje znaczne zmniejszenie objętości serca i usunięcie wszystkich objawów wtórnych, czego digitalina wywołać często nie może i tylko zwalnia akcja serca a zwiększając czas rozkurczu powoduje raczej przepełnienie komor sercowych. Dzięki wspomnianej łatwości wydzielania ouabainy z ustroju wszelkie skutki przeładowania ouabainą, a podobne do objawów z przeładowania ponaparstnicy, rychło ustępują.

Autorowie podają, jako naczelne wskazania do stosowania ouabainy, ostrą i znaczną rozstrzeń serca a zwłaszcza jego lewej komory, wskutek osłabienia mięśnia sercowego. W tych przypadkach działanie ouabainy nie da się porównać z działaniem żadnego innego środka nasercowego. Drugiem wskazaniem do stosowania ouabainy jest uporczywa niedomoga mięśnia sercowego. Spostrzegać ją można w dwuch wypadkach. W pierwszym wypadku chodzi o chorych sercowych, u których kilkakrotne stosowanie digitalis przestało dawać korzystne wyniki. W tych przypadkach ouabaina może usunąć niedomogę sercową, względnie może uczynić mięsień sercowy znowu wrażliwym na wpływ digitaliny. W drugim wypadku chodzi o chory mięsień sercowy, który od początku jest oporny na działanie digitalis, jak to się nieraz spotyka u osobników ze zmianami sklerotycznemi w płucach, u garbatych względnie u chorych, wykazujących zmiany na zastawkach aorty.

Przeciwskazaniem do stosowania ouabainy jest gorączka wywołana przez czynną sprawę na wsierdziu, gdyż w tych przypadkach środek ten zawodzi, jak zresztą zawodzą i inne środki nasercowe. Natomiast autorowie nie uważają współczesnych zmian w nerkach za przeciwskazanie do stosowania ouabainy, mimo, że niektórzy badacze podnosili zastrzeżenia w tej sprawie. Podobnie, jak to czynili

Clerc i *Bascourret*, stosować można ouabainę u chorych z białkomoczem, a nawet z azotemją.

Z reguły podawać należy ouabainę drogą dożylną. W ten sposób bowiem środek ten może bezpośrednio podziałać na mięsień sercowy i nie ulega niejako zatrzymaniu w tkankach, w szczególności zaś w tkance mięśniowej, do której ma, jak wiadomo, wybitne powinowactwo. Na dowód słuszności powyższego twierdzenia autorowie podają, że mieszkańcy Afryki posługują się strzałami, których końce zanurzono w soku ze strophantus. Zwierzęta zranione temi strzałami są jakby unieruchomione, wskutek bezpośredniego działania jadu, który wywołuje skurcz mięśni nim impregnowanych. Przy leczeniu ostrej niedomogi mięśnia sercowego z rozstrzenią, z objawami dusznicowymi, lub ostrym obrzękiem płuc, autorowie stosują obfity upust krwi i wprowadzają dożylnie 1/4 mlgr. ouabainy; w dwanaście godzin później powtarzają to wstrzyknięcie tak samo czynią po raz trzeci, podczas gdy czwarte wstrzyknięcie o tej samej dawce stosują po upływie 24 godzin. W ten sposób chory otrzymuje odpowiednią dawkę (1 mlgr.) w ciągu 48-miu godzin. W wyjątkowych przypadkach autorowie stosują powyższą dawkę (1/4 mlgr). raz dziennie przez przeciąg 5-ciu dni lub 6-ciu dni. W tych przypadkach należy jednak być ostrożnym i zaprzestać natychmiast wprowadzania ouabainy, skoro tylko ukażą się objawy zaburzenia rytmu serca.

W przypadkach niedomogi mięśnia sercowego, opornej na działanie digitalis, autorowie stosują przez 4 dni pojedyńcze wstrzyknięcia po 1/4 mlgr. ouabainy, osiągając w ten sposób dawkę ogólną jednego miligrama. *Clerc*, i *Bascourret* stosowali u 37-miu chorych z niedomogą mięśnia sercowego i równoczesnem zapaleniem nerek (białkomocz, azotemja) podawanie ouabainy w dawkach wzrastających: 1/8 mlgr. pierwszego dnia (dla wypróbowania wrażliwości ustroju), następnie 1/4 mlgr. codziennie przez 3 do 4 następne dni, wreszcie po jednodniowej przerwie 1/2 mlgr. W ten sposób całkowita dawka wahała się między 1,25 do 1,5 mlgr. ouabainy. W ten sposób mieli uzyskać bardzo korzystne wyniki, usuwając niedomogę mięśnia sercowego i białkomocz, oraz podnosząc diurezę. Wpływ na azotemję był mniej wybitny.

Według autorów w wielu przypadkach, po zastosowaniu ouabainy, niema potrzeby uciekać się do digitalis, natomiast w innych następowe stosowanie digitalis usuwa pozostałe ewentualnie objawy niedomogi mięśnia sercowego. Autorowie stosują wówczas digitalinę po dwuch lub trzech dniach przerwy między ouabainą a digitaliną w ten sposób, że podają po 20 kropli przez pierwsze dwa dni i po 10 kropli przez następne dwa dni.

Stosowanie ouabainy drogą doustną jest mniej korzystne i należy je przepisywać tylko w przypadkach lżejszych. Podkreślić jednak trzeba konieczność dawek większych, gdyż, jak to wykazał *Dimitracoff*, dawka doustna powinna być trzydzieści razy wyższa niż dawka dożylna. W tym celu autorowie podają 50 kropli dziennie przez 4 dni z rzędu roztworu 1/1000. W razie stosowania równoczesnego ouabiny i digitaliny autorowie przepisują każdy z tych środków osobno. Naogół są jednak zwolennikami stosowania raczej jednego środka po drugim.

Objaw dotykowy ruchomości płuca w przebiegu odmy opłucnowej. E. Rist i F. Hirszberg. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 4 1928.*

Autorowie podają, że u niektórych chorych z odmą opłucnową wyczuć można po przyłożeniu ręki do klatki piersiowej na wysokości sutka po stronie z odmą, wyraźne uderzenie z chwilą gdy chory w sposób gwałtowny pochyli się naprzód lub gdy z położenia leżącego przyjmie szybko pozycję siedzącą. Uderzenie to wywołane jest przez płuco i przypomina objaw *succusio Hippocratis*, aczkolwiek jest odeń jakościowo odrębne. Uderzenie to chorzy sami odczuwają n. p. przy wchodzeniu na schody. Dla ukazania się tego objawu niezbędne są pewne warunki. Po pierwsze odma musi być sucha t. zn. niepowikłana wysiękiem, następnie płuco nie może być przytrzymane zrostami, zwłaszcza jego dolny płat, wreszcie musi być ono w pewnym stanie ucisku. Objaw powyższy autorowie stwierdzili u trzech chorych na 40-tu badanych.

Glukhorment i cukrzyca. E. Rathery i P. Mollaret. *Soc. Méd. des Hopit. Nr. 5. r. 1928.*

Po środkach obniżających cukier we krwi jak insulina i syntalina pojawił się w r. 1927, nowy środek podany przez *Noorden'a* pod nazwą: glukhorment. Jest to ciało chemiczne, uzyskane z trzustki w sposób odrębny niż insulina, gdyż zapomocą fermentacji trzustki wywołanej przez drożdże i zatrzymanej z chwilą ukazania się glykocyaminy. Istota glukhormentu jest nieznana.

Glukhorment podaje się doustnie 3 — 4 razy dziennie, w 10 minutach po posiłku, w ilości 1 do 2 tabletek, razem 3 — 5 tabletek dziennie. Tabletka zawiera 0,30 gr. glukhormentu. Środek ten według *Noorden'a*ma nie wywoływać ubocznych objawów jak syntalina, ani też objawów hypoglykemji, jak insulina.

Autorowie stosowali glukhorment w 4-ech przypadkach cukrzycy o typie wyniszczającym średniego lub lżejszego stopnia. Wyniki otrzymane przez autorów są następujące: 1. glukhorment, podobnie jak syntalina działa nieporównanie słabiej od insuliny; 2. zapomocą glukhormentu można zmniejszyć cukromocz i niekiedy przecukrzenie krwi. Każdy chory reaguje odrębnie na glukhorment, podobnie jak na insulinę lub sintalinę; 3. w przypadkach leczonych, wpływ leczniczy był bardzo nikły; 4. glukhorment zmniejsza ilość ciał acetonowych w moczu i niekiedy podnosi zasób zasad we krwi; 5. wpływ jego jest niekiedy późny, podobnie jak przy syntalinie; 6. chorzy znoszą glukhorment niezawsze dobrze. — Autorowie stosowali glukhorment w przypadkach cukrzycy o typie wyniszczającym, wychodząc ze słusznego założenia, że w przypadkach lżejszych wystarcza odpowiednie stosowanie djety. Niestety ani glukhorment, ani syntalina nie rozwiązują problemu, jakim jest wynalezienie środka obniżającego cukier we krwi w sposób identyczny z insuliną, lecz podawanego doustnie. Autorowie przytaczają nadto zastrzeżenia, jakie pojawiły się w prasie niemieckiej, a głoszące, że glukhorment działa tylko dlatego, że zawiera syntalinę.

PEDJATRJA

Własności paciorkowców, wyosobnionych z powikłań w przebiegu płonicy. P. Nobécourt, Réné, Martin et P. — R. Bize. *Presse Méd. 1928 Nr. 2.*

Autorowie omawiają bardzo ważne zagadnienia, będące w związku z nowoczesnemi poglądami na etjologję i patogenezę płonicy. Skłaniają się oni ku poglądowi małżonków *Dick'ów*, iż zarazkiem wywołującym płonicę jest paciorkowiec płoniczy, który daje się wyodrębnic z grupy innych paciorkowców dzięki dwum własnościom: dawania odczynu zlepnego z surowicą ozdrowieńców po płonicy oraz wydzielania na pożywkach swoistego jadu.

Autorowie postawili sobie zagadnienie specjalne; chcieli oni stwierdzić, czy paciorkowce, które wywołują powikłania ropne w przebiegu płonicy. są identyczne z temi, które powodują początkowe objawy choroby (anginę, wysypkę), czy też należą do innej grupy. Wyhodowali oni z 7-miu przypadków paciorkowce, badając ich zdolność zlepiania się z surowicami ozdrowieńców po płonicy. Okazało się, iż zaledwie jeden tylko ze szczepów był zlepiany ze wzmiankowaną surowicą w znacznych rozcieńczeniach, natomiast w stosunku do pozostałych sześciu szczepów miano aglutynacyjne surowicy było niewielkie. I pod innym względem wyhodowane paciorkowce nie posiadały podstawowych cech paciorkowca płoniczego, bowiem zdolność wydzielania przez nie swoistego jadu była znikoma.

Doświadczenia te zasadniczo pozwalają na dwojakie tłumaczenie opisanego zjawiska. Pierwszy pogląd (dualistyczny) sprowadził by się do tego, iż paciorkowce wywołujące powikłania nie są genetycznie związane z paciorkowcem szkarlatynowym, a stanowią grupę paciorkowców banalnych, przyłączających cię do zakażenia płoniczego. Za tym poglądem przemawia pozornie spostrzeżenie, poczynione powszechnie w klinice, iż surowica przeciwpłonicza, będąc skuteczna w pierwszym okresie choroby, usuwając tutaj objawy toksyczne, nie chroni przed powikłaniami ropnemi i ich nie leczy. Możliwe jest jednakże i drugie przypuszczenie, iż paciorkowiec wywołujący powikłanie ropne jest genetycznie związany z paciorkowcem płoniczym, stanowiąc jego dalszą fazę rozwojową. Pod wpływem zmian zachodzących w ustroju w przebiegu płonicy paciorkowiec ten zmienia swoje własności, stając się z paciorkowca płoniczego paciorkowcem zwykłym. Ten pogląd (unitarystyczny), zgadza się z nowoczesnemi poglądami i doświadczeniami dotyczącemi zmienności w obrębie grupy paciorkowców płoniczych.

Rozwiązanie zagadnienia postawionego przez autorów posiada według nich i słusznie znaczenie nietylko teoretyczne, lecz i praktyczne. Jeżeli okaże się, że paciorkowce, wywołujące powikłania ropne, należą do typu szkarlatynowych, natenczas należą zwalczać te objawy zapomocą zwróconej przeciwko tym paciorkowcom surowicy, jeżeli nie antytoksycznej, to przeciwbakteryjnej. Również i proponowane przez autorów leczenie szczepionkami (*zainaugurowane przez referenta już przed rokiem, przyp. wł.*) winno posiadać charakter swoisty. W przeciwnym razie do analogicznego leczenia winny być użyte zwykłe, nie zróżnicowane paciorkowce.

H. B.

Błonica nosa u niemowląt. Trudności rozpoznawcze. Ribadeau-Dumas et Chabrun. *Bull. de la Société de Pédiatrie Nr. 1 1928.*

Błonica u niemowląt występuje najczęściej pod postacią błonicy nosa. Wytwarzanie się błon rzekomych zdarza się wyjątkowo. Przy badaniu wydzieliny z nosa u niemowląt, które nie zdradzają żadnych objawów klinicznych nie rzadko stwierdza się laseczniki błonicze (nosicielstwo). Fakty powyższe nastręczają poważne trudności rozpoznawcze i lecznicze. Gdy powstają (wyjątkowo) błony, stwierdzają się one łatwo przy oglądaniu nosa (rhinoscopia anterior). Przy braku błon stwierdzamy jedynie: niedrożność nosa, często jednostronną; wydzielinę śluzowo-ropną, często z domieszką krwi, lub znaczniejsze krwawienia (epistaxis); ubytki naskórka u wylotów otworów nosa. Natomiast gardziel i migdały są czyste; brak powiększenia gruczołów chłonnych na szyi. Przebieg bywa powolny, lecz bez leczenia może doprowadzić stopniowo do wyniszczenia niemowlęcia. Wszystkie powyższe objawy nie stanowią nic patognomonicznego. Wreszcie, aczkolwiek rzadziej, brakuje wszelkich objawów nieżytowych; jedynie podupada stan odżywienia niemowlęcia. W razie zaburzeń w odżywianiu u niemowląt, z niewyjaśnionej przyczyny, zwłaszcza gdy istnieją objawy nieżytowe nosa, należy zawsze badać bakterjologicznie wydzielinę; na oddziałach niemowlęcych radzą autorowie badać wydzielinę z nosa u każdego dziecka.

Gdy stwierdzono laseczniki *Löffler'a*, powstaje pytanie, kiedy należy dziecko uważać za chore na błonicę, a kiedy jedynie za nosiciela. Objawy kliniczne nie rozstrzygają wątpliwości; jeżeli niemowlę posiada odporność swoistą, laseczniki błonicze mogą wegetować, nie wywołując choroby przy współistnieniu nieżytu nosa zwykłego, lub kiłowego. Wskazówki pewniejsze daje wynik działania surowicy swoistej. Gdy pod wpływem wstrzykniętej surowicy przeciwbłoniczej znika nieżyt nosa, a zwłaszcza stan ogólny dziecka ulega poprawie — należy przyjąć istnienie choroby błoniczej. Natomiast, jeżeli surowica pozostaje bez wpływu na objawy nieżytowe i ogólne — przemawia to za zwykłem nosicielstwem, na tle nieżytu nosa o innem podłożu.

Odczyn *Schick'a* u niemowląt również zawodzi często. Spostrzegano błonicę u niemowląt z odczynem *Schick'a* ujemnym, albowiem u nich może zachodzić rozbieżność pomiędzy mianem antytoksyny we krwi, a odczynem *Schick'a*. Dzieje się to prawdopodobnie wskutek mniejszej wrażliwości samej skóry u noworodków i niemowląt na jad błoniczy.

Dla rozstrzygnięcia pytania, czy mamy do czynienia z chorobą lub nosicielstwem, wartość decydującą posiada określenie stopnia odporności zapomocą oznaczenia miana antytoksyny we krwi. Osobnik, którego surowica posiada własność antytoksyczną wyższą od $^1|_{30}$ jednosci przeciwtoksycznej jest tylko nosicielem. Autorowie, badając miano przeciwjadu u niemowląt do 6 mies., stwierdzili odsetek odpornych wynoszący 23%, czyli niższy, niż podają statystyki oparte li tylko na badaniu odczynu *Schick'a*.

Praktyczne wnioski streszczają autorzy w sposób następujący: błonica nosa u niemowląt przebiega często przy objawach, które nie pozwalają rozstrzygnąć klinicznie, czy mamy doczynienia z chorobą lub nosicielstwem. Ostrożność nakazuje leczyć surowicą przeciwbłoniczą każde niemowlę, u którego stwierdzono laseczniki *Löfflera* w wydzielinie nosowej.

J. Wiszniewski.

CHIRURGJA

Zesztywnienie stawu żuchwy i jego leczenie. Bourguet. *La Revue de Stomat. XXX — Nr. 1, styczeń 1928.*

Zesztywnienie stawu żuchwy daje wskazanie do zabiegu operacyjnego z dwu względów: zaburzenia w odżywianiu z powodu uniemożliwienia żucia pokarmów i wzgląd kosmetyczny, gdyż zesztywnienie żuchwy, o ile datuje się od dzieciństwa, sprowadza zahamowanie jej wzrostu, co nadaje wygląd ptasi.

Technika operacyjna. Uśpienie ogólne. Cięcie skóry poziome, niewielkie, na wysokości stawu; częściowe oddzielenie przyczepu mięśnia żwacza od łuku jarzmowego, obnażenie z okostnej wyrostka kłykciowego żuchwy i wreszcie zniszczenie, rozproszkowanie zapomocą trepanu elektrycznego końców stawowych do tego stopnia, żeby między nie wchodził swobodnie koniec palca. Poczem ranę skórną zaszywa się doszczętnie. Ruchy zaczyna się tego samego dnia.

Rozległa rezekcja stawu z pozostawieniem dużej przerwy między końcami stawowemi i wczesne rozpoczęcie ruchów zapewniają dobry wynik pooperacyjny i zabezpieczają przed powtórnem zesztywnieniem.

Istota proteinoterapji i jej wyniki w żółtaczce nieżytowej pochodzenia zakaźnego. Pocréan. *La Presse Méd. Nr. 7, styczeń 1928.*

Obce białko, wprowadzone do ustroju drogą pozajelitową, wywołuje w nim pewien wstrząs uwarunkowany przez gwałtowne zaburzenie równowagi kolloidów w sokach ustroju, nazwane kolloidoklazją; proces ten jest zjawiskiem czysto fizykalnem, a klinicznie przejawia się gorączką i pewnym swoistym odczynem ze strony naczyń i krwi. W lecznictwie po raz pierwszy został zastosowany przez Weila w 1905 roku. Według *Widala* proteinoterapja pozwala na osiągniecie dwu rożnych celów zależnie od okoliczności: a) w pewnych stanach chorobowych, których istota polega na zaburzeniu równowagi kolloidów, proteinoterapja umożliwia przywrócenie tej równowagi; b) w innych znowuż — jak zakażenia — działa leczniczo przez szybkie i gwałtowne jej zaburzenie. Inni autorowie twierdzą, że wstrząs białkowy nasila czynności zarodzi wszelkich komórek ustroju i w ten sposób wzmaga produkcję ciał odpornościowych; próbowano również tłumaczyć to zjawisko odczynem ze strony układu nerwowego roślinnego i zwracano uwagę na uczulenie wagotoników na działanie wstrząsu białkowego.

Obecnie jako tego rodzaju ciała białkowe stosuje się: mleko, albuminę krwi, wyciągi albuminowe (caseosan), własną surowicę, własną krew, własną plazmę krwi. Dotychczas stosowano z powodzeniem proteinoterapję w gośćcu stawowym, we wrzodzie żołądka, w rwie kulszowej, w różnych zakażeniach i wreszcie w stanach anafilaksji i w stanach krwawiączkowych.

Autor pracy powyższej zastosował proteinoterapję w 14 przypadkach żółtaczki nieżytowej pochodzenia zakaźnego, podając chorym domięśniowo mleko krowie przegotowane i przesączone, w dawkach niewielkich (2 cm³), które u osobników ze zdrową wątrobą nie wywołują żadnego odczynu. Swoje wnioski formułuje on w sposób następujący. 1) chorzy z żółtaczką tego rodzaju są uczuleni na działanie wstrząsu białkowego; 2) odczyn ten przejawia się u nich gorączką i pewną poliurją; 3) czas trwania żółtaczki naogół nie ulega wyraźnemu skróceniu, ale 4) jej nasilenie zmniejsza się już po upływie 48 godzin.

Leczenie zapalenia wyrostka robaczkowego o przewlekłym przebiegu klinicznym. Laroche. *La Presse Méd. Nr. 14, luty 1928.*

O ile co do ostrego zapalenia wyrostka ustalił się pogląd, że leczenie powinno być wyłącznie operacyjne, to co do przewlekłego — zdania są bardzo podzielone; obok *Faure'a*, ktory wycina każdy wyrostek robaczkowy i przy każdej sposobności, są tacy, którzy wogóle oponują przeciwko operowaniu zapalenia wyrostka o przebiegu klinicznym przewlekłym. A przecież wystarczy tu przypomnieć ten ogólnie znany i wielokrotnie stwierdzony fakt, że z objawów klinicznych nigdy nie można wyciągać wniosków o zmianach anatomicznych w wyrostku, a z drugiej strony — że nawet drobne zmiany w wyrostku mogą w każdej chwili stanowić punkt wyjścia dla najgwałtowniej przebiegających procesów zapalnych. Czyż należy wobec tego radzić choremu, aby dla uniknięcia małego ryzyka, jakiem jest operacja wyrostka: poddał się temu wielkiemu ryzyku chodzenia z chorym wyrostkiem!

Wyłania się tu jednak inna sprawa — sprawa rozpoznania, które w wielu przypadkach przewlekłego zapalenia wyrostka bywa bardzo trudne, zwłaszcza o ile towarzyszą mu objawy ze strony pęcherzyka żółciowego, narządów małej miednicy lub ze strony kiszki grubej. Autor jest zdania, wbrew opinji większości, że nieżyt kiszki grubej nie jest bynajmniej przeciwskazaniem do wycięcia wyrostka, gdyż po operacji pozostaje tu mniejsza część choroby, której leczenie jest zadaniem internisty; należy tylko co do tego dokładnie chorego uświadomić. Widuje się zresztą nierzadko, że wkrótce po wycięciu wyrostka, jako źródła stałego zakażenia kiszki grubej, objawy jej nieżytu szybko ustępują.

Przeciwnicy operowania wyrostka w przypadkach przewlekłych podnoszą częstość „nawrotów" cierpienia po operacjach i winę tu ponosi nie zasada, a chirurg, który niedokładnie rozpoznaje i niedokładnie zabieg wykonywa. Wrzód żołądka i dwunastnicy, zapalenie pęcherzyka żółciowego, obecność pasma *Lane'a* pericolnitis, periduodenitis, enterocolitis — etc. schorzenia, które obciążają nierzadko pozycję wyrostka i dają powód do błędów rozpoznawczych. Z tego też względu autor jest przeciwnikiem małych cięć kosmetycznych, które uniemożliwiając w czasie operacji dokładne obejrzenie trzew brzusznych, wraz z piękną blizną pozostawiają chorym cały balast przedoperacyjnych dolegliwości.

Patogeneza i leczenie nawykowego zwichnięcia główki kości ramieniowej. Lenormant. *La Presse Méd. Nr. 14, luty 1928.*

Cierpienie to występuje prawie zawsze w postaci zwichnięcia do przodu od zagłębienia stawowego, poniżej wyrostku kruczego łopatki. Mechanizm jego powstawania nie jest dotychczas ostatecznie wyjaśniony. W razie operacji, na autopsjach i rentgenologicznie znajdywano zmiany następujące: 1) zbyt obszerną i bardzo wiotką torebkę stawową; 2) oderwanie na ograniczonej przestrzeni przyczepu tkankołącznowej obwódki stawowej wraz

z przylegającą okostną — zwykle na przedniej powierzchni szyi łopatki — i ewentualne przemieszczenie główki pod okostnę przedniej powierzchni łopatki; 3) rozdarcie obwódki stawowej i oderwanie przyczepu torebki; 4) głębokie wcięcie — prawdopodobnie wrodzone — na tylnozewnętrznej powierzchni główki; wreszcie 5) znaczne wydłużenie szyjki anatomicznej kości ramieniowej i spłaszczenie powierzchni stawowej główki.

Znamy dotychczas cztery główne typy operacyj mających na celu leczenie nawykowego zwichnięcia główki kości ramieniowej, jeśli nie brać pod uwagę zabiegów naogół obecnie już zarzuconych — jak wycięcie główki lub artrodezy stawu barkowego.

I. Metody myoplastyczne — użycie uszypułowanego płata z mięśnia naramiennego.

II. Operacje na torebce stawowej — jej częściowe wycięcie, sfałdowanie — ewentualnie z dodaniem przyszycia do niej mięśni sąsiednich.

III. Wytworzenie sztucznych więzadeł, któreby utrzymywały główkę ramieniową przy łopatce.

IV. Wreszcie sposób, który autor uważa za najbardziej skuteczny, t. j. wytworzenie do przodu od stawu barjery kostnej, któraby uniemożliwiała przemieszczanie się w tym kierunku główki. *Oudard* w tym celu albo przecina wyrostek kruczy poprzecznie i między odłamy wstawia wolny przeszczep kostny, albo przecina go podłużnie i odłamy odpowiednio przesuwa względem siebie; wydłużenie wyrostka o 3 cm ma całkowicie zabezpieczać przed nawrotem cierpienia

Uwagi w sprawie znieczulenia rdzeniowego. A. Leriche. *La Presse Méd. Nr. 15, luty 1928.*

Autor na podstawie obserwacji klinicznych i spostrzeżeń, poczynionych w czasie operacji na rdzeniu, przychodzi do następujących wniosków:

I. Roztwór środka znieczulającego, wprowadzony pod pajęczynówkę, ma — zaraz po wyjęciu igły — dużą tendencję do wypłynięcia poprzez otwór w oponie nazewnątrz; tem tłumaczą się przeważnie znieczulenia zupełnie nieudane lub niedostateczne. Z tego też względu używać należy igieł bardzo cienkich, po wkłuciu i wstrzyknięciu powolnem środka znieczulającego igły nie wyciągać wcześniej jak po 2 minutach.

II. Roztwór wstrzyknięty przechodzi do górnych odcinków rdzenia bardzo powoli; działanie jego pozostaje przez czas dłuższy ograniczone do tylnych korzonków dolnych odcinków rdzenia.

III. Przez cały szereg dni po nakłuciu płyn mózgowordzeniowy wypływa przez otwór w oponach, gromadząc się pod mięśniami nieraz w ilościach bardzo znacznych, do 20 cm³, co stanowi 15—20% całej ilości płynu mózgowordzeniowego.

IV. Jego ubytek już po kilku godzinach może sprowadzić nadmierne obniżenie ciśnienia wewnątrzczaszkowego z jego następstwami — bólami głowy, mdłościami, wymiotami, sztywnością karku i bólami korzonkowemi; w przypadkach tych działa bardzo skutecznie wstrzyknięcie dożylne 30 do 40 cm³ i więcej wody destylowanej i ułożenie chorego z nisko opuszczoną głową; wstrzyknięcia te, mające na celu podniesienie ciśnienia wewnątrzczaszkowego (analogicznie do stosowania roztworów hypertonicznych w przypadkach nadmiernego ciśnienia), można w razie potrzeby powtarzać co kilka godzin, bez obawy wywołania hemolizy.

Wyniki radykalnego leczenia chirurgicznego (zapomocą rezekcji) gruźlicy przerostowej kąta krętniczo - kątniczego. Chabrut. *Journ. de Chir. t. XXX — Nr. 6, grudzień 1928.*

We wszystkich tego rodzaju przypadkach pamiętać należy o częstej obecności zmian gruźliczych wrzodziejących w innych odcinkach jelita cienkiego i grubego i w czasie operacji odpowiednio zmodyfikować zabieg typowy, przez jego rozszerzenie na dalsze odcinki jelita (rezekcja, zespolenia). Autor opierając się na 40 przypadkach gruźlicy przerostowej kąta krętniczo-kątniczego, leczonej zapomocą rezekcji kąta, ewentualnie z dodaniem wycięcia dolnego odcinka jelita biodrowego i wstępnicy, przychodzi do wniosku, że zabieg ten jest najwłaściwszym rodzajem leczenia w tem cierpieniu, gdyż z jednej strony w dużej odsetce przypadków daje wyleczenie na cały szereg lat, a nawet i trwałe (zależnie od stanu innych ognisk gruźliczych w ustroju), z drugiej zaś — daje względnie, jak na ciężkość i rozległość zabiegu, niezbyt wysoką śmiertelność pooperacyjną (koło 25% — są to przeważnie przypadki bardzo zaawansowane).

Współczesny stan aseptyki operacyjnej. Marquis. *La Presse Méd. Nr. 12, luty 1928.*

Źródłami zakażania rany operacyjnej są: (1) powietrze wydechane przez operującego i jego pomocników, 2) ich ręce i rękawiczki, skóra operowanego i 4) powietrze atmosferyczne.

Powietrze wydechane przez operujących i w nierównie większym stopniu cząsteczki śliny zakażonej, wyrzucane z ich ust przy akcie mówienia w czasie operacji są głównem źródłem zakażenia rany; używanie masek, o ile tylko operujący nie powstrzymują się przytem od rozmawiania w czasie operacji, w bardzo nieznacznym stopniu— jak pokazują odnośne doświadczenia — chroni ranę przed zakażeniem.

Rękawiczki gumowe — całe lub przekłute igłą — chronią zupełnie skutecznie ranę przed zakażeniem przez ręce chirurga, ale przecięte lub rozerwane — nie chronią prawie wcale, zwłaszcza jeżeli były wyjałowione na mokro. Za najlepszy sposób wyjaławiania rąk uważa autor mycie w 90° alkoholu, bez uprzedniego mycia wodą; sposób ten pozwala na zredukowanie ilości drobnoustrojów na skórze rąk do 1 — ½‰ ilości uprzedniej.

Nalewka jodowa, zastosowana na skórę operowanego w celu jej wyjałowienia, do osiągnięcia swego celu wymaga pewnego czasu, co z kolei wymaga pewnej cierpliwości ze strony operującego; z drugiej strony jod w zetknięciu się z sokami tkankowemi i z krwią traci całą swoją siłą bakterjobójczą — stąd konieczność dokładnego osłaniania skóry w czasie operacji.

O ile dawniej przeceniano rolę powietrza atmosferycznego w zakażeniu ran operacyjnych, o tyle obecnie jej się nie docenia; na płytce *Petri'ego*, pozostawionej przez *Tuffier'a* na 10 minut w sali operacyjnej, w czasie operacji wykonanej przez 1 osobę wzrosło 27 kolonij, o ile przy operacji było obecnych 6 osób — ilość kolonij wzrosła do 72 (zagęszczenie drobnoustrojów w powietrzu zwiększyło się prawie trzykrotnie). Pomimo zachowania zupełnej ciszy w czasie operacji, osłonięcia rąk nieuszkodzonemi rękawiczkami gumowemi i dokładnego zakrycia skóry pola operacyjnego każda rana pod koniec operacji na powierzchni i w głębi

zawiera znaczną ilość drobnoustrojów; a jeżeli pomimo to olbrzymia większość ran goi się zapomocą rychłozrostu i tak rzadko dochodzi do zakażenia w klinicznem tego słowa znaczeniu, zawdzięczamy to siłom obronnym błon surowiczych ustroju i leukocytozie, która według wyrażenia *Quénu* jest najlepszym środkiem bakterjobójczym.

Niektóre podstawowe zagadnienia z fizjologji kości. Policard. *Bruxelles-Médical Nr. 15 — styczeń 1928.*

Istota kostna składa się z olbrzymiej ilości klejodajnych włokienek tkankołącznowych, gęsto splecionych ze sobą, ale nie anastomozujących; połączonych w jedną masę zapomocą jednostajnej substancji międzywłókienkowej; włókienka te mają ściśle określony kierunek przebiegu, zależny od warunków statycznych, właściwych danemu odcinkowi kośćca i są czynnikiem mocy, odporności istoty kostnej na działanie sił wewnętrznych. Owa substancja międzywłókienkowa, identyczna zdaje się z istotą podstawową tkanki łącznej, jest w pewien ściśle określony sposób impregnowana przez mikrokryształki fosforanów i węglanów wapnia i magnezu, co warunkuje sztywność i twardość istoty kostnej.

Istota kostna ma liczne drobne przestrzenie, wypełnione tak zwanemi komórkami kostnemi, które są właściwie komórkami tkanki łącznej lecz o bardzo zwolnionych procesach życiowych, jakby zamierających; ich znaczenie dla istoty kostnej jest minimalne; w przeciwieństwie do nich komórki tkankołączne, znajdujące się w najbliższem sąsiedztwie istoty kostnej, są przerosłe i w stanie nadczynności — noszą one nazwę osteoblastów. Wytwarzanie się istoty kostnej polega na metaplazji tkanki łącznej i odbywa się w sposób następujący: dany odcinek tkanki łącznej ulega swoistemu obrzękowi i liczba włókienek znacznie się zwiększa, następnie istota podstawowa, międzywłókienkowa nabiera wyglądu jednostajnego i szybko zaczyna wapnieć, stając się twardą i sztywną; elementy komórkowe w osteogenezie nie biorą żadnego udziału.

Ostatecznie wytworzona istota kostna z największą łatwością może stracić całe swoje uwapnienie — o ile wystąpią odpowiednie warunki (przyspieszenie krążenia krwionośnego) — powracając do swego uprzedniego stanu tkanki łącznej; ta osteoliza, jak i poprzednio omówiona osteogeneza, polegają na szeregu procesów fizykochemicznych, odbywających się w sokach śródmiąższowych tkanki kostnej.

Od osteolizy odróżniać należy osteoklazję, to jest fagocytozę istoty kostnej w całości — włókienek, istoty międzywłókienkowej i soli mineralnych — przez komórki olbrzymie, zwane osteoklastami.

Ogólne prawa kostnienia w patologji i lecznictwie. Leriche. *Bruxelles-Médical: Nr. 15, styczeń 1928.*

Następujące dwa zjawiska biologiczne są podstawą wszelkiej osteogenezy, czyto regeneracyjnej — czy też patologicznej: przekrwienie, obrzęk i swoiste przekształcenie tkanki łącznej danego ogniska w tkankę typu zarodkowego — z jednej strony, zaś rozrzedzenie kości sąsiedniej i uwolnienie soli wapniowych — z drugiej. To drugie zjawisko dochodzi do skutku dzięki przekrwieniu czynnemu danego odcinka kości, przyczem zaznaczyć należy, że takie przekrwienie kości zawsze powoduje jej rozrzedzenie, bez względu na to, czy to jest z korzyścią dla danego ustroju, czy też z jego krzywdą. Wchłonięcie uwolnionych w ten sposób soli wapnia jest możliwe tylko przez tkankę łączną swoiście zmienioną, gdyż zwykła tkanka łączna własności tej nie posiada.

W ognisku złamania mamy do czynienia zawsze ze znacznem przekrwieniem czynnem, jako bezpośredniem następstwem urazu; przekrwienie to powoduje rozrzedzenie odłamów przez wypłókanie z nich soli wapiennych, a jednocześnie sprowadza przekształcenie sąsiedniej tkanki łącznej (wraz z okostną) w zarodkową, która wypełniwszy ubytek między odłamami i wchłonąwszy krążące tutaj wolno w sokach tkankowych sole wapniowe, daje ostateczną bliznę kostną.

Zaznaczyć należy, że owo przekrwienie pourazowe może mieć miejsce i przy braku jakiegokolwiek złamania, ale i w tym razie powoduje rozrzedzenie kości danej okolicy ze wszelkiemi następstwami klinicznemi, zwykle źle rozpoznawanemi. Autor do tego rodzaju schorzeń pourazowych zalicza choroby — *Köblera, Kienböcka, Calvègo, Legg-Perlbesa* i inne podobne.

Powyższe wyjaśnienie mechanizmu osteogenezy wogóle, a gojenia się złamań w szczególności daje cały szereg nowych wskazań do ingerencji ze strony chirurga. A więc tam, gdzie przypuszcza się brak materjału wapniowego do odbudowy ciągłości kości, brak ten wypełni przeszczepienie kawałka kości (naturalnie bez okostnej, bo ta tu jest zupełnie niepotrzebna); tam zaś, gdzie przekrwienie czynne występuje zbyt słabo, sympaticektomja okołotętnicza odda nieocenione usługi.

Przewlekłe obrzmienie gruczołów chłonnych na szyi. Ramond. *La Presse Méd. nr. 12, luty 1928.*

Cechami charakterystycznemi tego cierpienia są: umiejscowienie w bocznych częściach szyi, kształt nieprawidłowy o powierzchni nierównej, ruchomość zachowana, spoistość dość twarda i elastyczna, brak bolesności przy ucisku, guzy są zwykle mnogie i ich rozwój bywa względnie szybki.

Co do natury schorzenia rozróżniamy obrzmienie gruczołów szyi jako pewien fragment i wynik schorzenia całego układu krwiotwórczego i krwi, lub też jako cierpienie tylko czysto miejscowe. W pierwszym przypadku będziemy mieli zajęcie gruczołów chłonnych w innych okolicach ciała, schorzenie śledziony, wątroby, gruczołów śródpiersia, zmiany morfologiczne ze strony krwi, często gorączkę (choroba Hodgkina). W drugim — możemy mieć do czynienia z nieswoistem zapaleniem gruczołów (obecność wrót zakażenia, wiek młody), z gruźlicą (zapalenie tkanki okołogruczołowej, rozmiękczenia, przetoki, gorączka, wreszcie również wiek młody), z kiłą (w pierwszych dwu okresach obrzmiałe gruczoły są małe i liczne, mamy stwardnienie pierwotne lub zmiany drugorzędne ze strony skóry i śluzówek, obrzmienie bywa przejściowe; w III okresie bywa rozległe nacieczenie skóry i owrzodzenia charakterystyczne o ostrych brzegach, odczyn Bordet - Wassermanna dodatni), wreszcie możemy mieć do czynienia z rakiem gruczołów chłonnych szyi — wtórnym lub pierwotnym.

Leczenie przewlekłego obrzmienia gruczołów chłonnych szyi będzie zależało naturalnie od natury schorzenia; w przypadku raka pierwotnego gruczołów pozostaje tylko zastosowanie naświetlań radowych lub rentgenowskich.

Wgłobienie jelita grubego u dorosłych. Pollosson i Rougemont. *La Presse Méd. nr. 18, marzec 1928.*

U dzieci i osesków wgłobienie jelita przebiega dosyć typowo i charakterystycznie i jak wiadomo, szybko prowadzi do śmierci, o ile chory nie został w swoim czasie poddany operacji. U dorosłych cierpienie to przebiega inaczej, czasami pod postacią powtarzających się napadów, dając obraz kliniczny tak zwanego przewlekłego, a właściwie nawrotowego, wgłobienia jelita grubego.

Chory nagle dostaje gwałtownego napadu bólu brzucha, szerzącego się dość dokładnie wzdłuż okrężnicy; ból ten szybko osiąga swoje maximum i następnie szybko ustępuje bez śladu, pod koniec napadu chory oddaje gazy i mocz, czasami stolec śluzowokrwawy z bolesnem parciem, często bywają przytem i wymioty. Badając chorego zaraz po napadzie, stwierdzamy, że brzuch jest prawie zupełnie miękki, czasami lekko wzdęty, w połowie przypadków w podżebrzu prawem wyczuwa się miękki guz, spoistości ciastowatej, ruchomy; stan podgorączkowy, tętno 85 — 90.

Niezmiernie charakterystyczną dla tego cierpienia jest uderzająca miarowość, rytmiczność w występowaniu napadów, które przychodzą co godzinę, co pół godziny, czasami nawet co 5 minut, ale zawsze w równych odstępach czasu; a poza tem zastanawia kontrast między tą wyjątkową gwałtownością bólów i minimalnym odczynem miejscowym i ogólnym.

Po pewnym czasie (tygodnie — miesiące) cierpienie przechodzi w okres przewlekły: chorzy tacy chudną szybko; mają stolce śluzowokrwawe, bolesne parcia na stolec, okresy napadów bólowych są przerywane okresami zupełnego spokoju; badanie rentgenologiczne przewodu pokarmowego w tych przypadkach nie wykazuje żadnych zmian.

Leczenie w przypadkach świeżych będzie polegało na odprowadzeniu operacyjnem części wgłobionej, w przypadkach zadawnionych — na wyłonieniu nazewnątrz schorzałej kiszki i wytworzeniu przetoki kiszkowej.

Zaznaczyć jeszcze należy, że wszystko wyżej powiedziane dotyczy tylko wgłobienia krętniczokątniczego; wgłobienie jelita cienkiego przebiega zupełnie inaczej, dając obraz stale narastającej niedrożności jelitowej, bez remisji i wymaga szybkiej interwencji operacyjnej.

M. Czyżewski.

POŁOŻNICTWO I CHOROBY KOBIECE.

Znieczulenie lędźwiowe jako środek leczniczy w przypadkach utrudnionego rozwierania się szyji przy porodzie. Balard P., Mahon R. *Revue Franç. de Gynec. et dObstetr. Nr. 1 r. 1928.*

Autorowie dzielą przypadki nieprawidłowości w rozwieraniu się szyji podczas porodu na następujące grupy pod względem etjologji: 1. zbyt słabe skurcze macicy (bardzo rzadkie i najmniej groźne przypadki); 2. nadmierne skurcze macicy; 3. zmiany w budowie tkankowej szyji; a) zmiany niezapalne, b) zmiany zapalne, d) pierwotne (kiła, może rzerzączka) 3. wtórne; i wreszcie do grupy; 4. autorowie zaliczają te przypadki, gdzie co prawda niema niepodatności ujścia, lecz gdzie ze względu na matkę lub na dziecko należy szybko przeprowadzić rozszerzenie ujścia. Wyliczywszy pokrótce dotychczasowe sposoby postępowania (przebicie pęcherza płodowego, ciepłe kąpiele, injekcje morfiny, dalej balon, przyrządy do rozwierania, ręczne rozszerzenie ujścia, wreszcie nacięcie szyji według *Dührssen'a* autorowie przechodzą do działania znieczulenia lędźwiowego, zaznaczając, że pierwotnie używali go tylko jako sposób znieczulenia podczas operacji, lecz zauważywszy przy tem, że samo znieczulenie lędźwiowe ułatwia rozwieranie się szyji, poczęli wypróbowywać jego działanie ściśle lecznicze.

Działanie znieczulenia lędźwiowego upodabniają autorowie do przecięcia rdzenia: wiadomo, że wówczas następuje porażenie zwieraczy pęcherza i odbytnicy i jak się okazuje również szyji macicy podczas porodu. Ściśle podczas znieczulenia lędźwiowego mamy do czynienia nie tyle z porażeniem, co z niedowładem, utratą napięcia mięśniowego. Stan ten zależy, jak się okazuje (*Brondgeest*) od przerwania przewodnictwa nie w przednich (ruchomych), ale w tylnych (czuciowych) korzonkach nerwowych. Wspomnianemu wyżej niedowładowi szyji macicy towarzyszy nadmierna kurczliwość macicy (działanie ośrodków autonomicznych).

Autorowie stosowali znieczulenie lędźwiowe wprowadzając $1^1/_2$ cm^3 5% rozczynu syncainy (0.07 — 0,08 czystej syncainy) i w przypadkach, gdzie rozwarcie było w momencie injekcji na małą lub dużą dłoń następowało samoistnie rozwarcie całkowite; tam, gdzie rozwarcie odpowiadało wielkości 5 — 10 frankówki, należało stosować rozszerzenie ręczne, które jednak w tych przypadkach było znacznie łatwiejsze, niż bez stosowania syncainy. Autorowie przytaczają 22 osobiste obserwacje, które służą im do następujących wniosków:

Znieczulenie jako takie było we wszystkich przypadkach bez zarzutu; żadnego groźnego objawu, który mógłby być skutkiem znieczulenia, nie stwierdzono. Co do wpływu na postęp porodowy, wyniki podzielić można na 4 grupy:

1. 4 porody skończyły się bez żadnej interwencji,
2. w 11 porodach zastosowano rozszerzenie, które poszło łatwo i pozwoliło szczęśliwie i bez uszkodzenia części miękkich ukończyć poród. A zatem w 15 przypadkach wynik uważać należy za dobry.
3. W 2-ch przypadkach nie uzyskano całkowitego rozszerzenia szyji, lecz udało się wydobyć płód w dobrym stanie (wynik wątpliwy),
4. W ostatniej grupie umieszczono 5 przypadków, gdzie wyniku z wstrzyknięcia syncainy dolędźwiowego nie było żadnego (autorowie zmuszeni byli uciekać się do rozszerzenia na ostro).

Co do wpływu etjologji niepodatności szyji na lepszy lub gorszy wynik leczenia stwierdzić należy, że najlepsze wyniki uzyskano w grupie związanej z nadmiernym skurczem macicy (rigiditas spastica), najgorsze zaś tam, gdzie przyczyną niepodatności tkanki szyjki były przebyte stany zapalne. Znieczulenie lędźwiowe nie odbiło się na śmiertelności płodów.

Nadmienić należy, że dla powodzenia omawianej metody konieczne jest, aby część pochwowa już zanikała i rozwarcie przynajmniej rozpoczynało się.

Trzy przypadki niedorozwoju macicy, połączonego z niedokształceniem pochwy. Cotte G. Vachey J. *Gynecologie et Obstetr. T. XVII Nr. 1.*

Opisane przypadki nie mają cech wyróżniających je od wielokrotnie już spostrzeganych. Wszystkie

były sprawdzone zapomocą operacji i następowego badania histopatologicznego. Zaznaczyć należy, że w jednym przypadku, gdzie u kobiety 38-letniej usunięty został cały, choć niedokształcony, narząd rodny, wystąpiły po operacji objawy przedwczesnego climacterium, jakkolwiek krwawień miesiączkowych, ani żadnych molimina menstrualia nigdy nie było. W przypadku tym, w przeciwieństwie do pozostałych, wykazano w macicy niedokształconej prawidłową śluzówkę maciczną, zresztą bez oznak wydzielania. W tymże przypadku stwierdzono w jajniku 3 torbielki folliculi Graafi. Nie stwierdzono natomiast ani pęcherzyków zarodkowych (folliculi primordiales), ani pęcherzyków Graafa rozwijających się, ani wreszcie ciałka żółtego.

Śluzakowaty gruczołowy rak szyjki macicy. R e e b M. *Gynec. et Obstétr. t. XVII, nr. 1*

Przytoczywszy osiem znanych z piśmiennictwa przypadków (*Lebert, Amann, Menge, Winter, Albrecht, Miller, Meyer, Wirtz, Pop*) autor opisuje spostrzegany przez siebie. Dotyczył on kobiety 36-letniej, wieloródki, u której autor stwierdził nowotwór zmieniający przednią wargę części pochwowej w guz wielkości jaja kurzego. Badanie dużego wycinka z tego guza wykazało przedewszystkiem przy oglądaniu gołem okiem rysunek jamisty budowy tego nowotworu; widać było mianowicie liczne przestrzenie rozmaitej wielkości, największe wielkości łebka od szpilki, wypełnione płynem gęstym, przezroczystym, ciągnącym się. Przy ucisku płyn ten w postaci kropelek wydostaje się na powierzchnię. Badanie drobnowidowe wykazało w części guza wychodzącego z wyższych okolic wargi utkanie nabłoniako - gruczolaka złożonego z komórek walcowatych, o cechach nowotworu złośliwego. Budowa części średniej i dolnej wycinka wykazuje pewne cechy charakterystyczne, wyróżniające ją swoiście: gruczoły rozszerzone, wysłane wielowarstwowym nabłonkiem walcowatym lub kielichowatym, wypełnione są przez masy barwiące się mucicarminem na czerwono (typowo dla śluzu — mucyny); wśród tych mas niby pływają pojedyńcze komórki nowotworowe, całkowicie zwyrodniałe, niekiedy w kształcie pierścienia,

Niektóre z tych gruczołów jakby pękły pod naporem masy śluzu; widać wówczas jedną ścianę gruczołu zachowaną, pokrytą jedno lub wielowarstwowym nabłonkiem, z drugiej zaś strony widać, jak fale śluzu wdarły się pomiędzy komórki nowotworu, wykazujące wielką rozmaitość form i stanu rozpadu. Gdzieniegdzie widać jeszcze grupki komórek zachowujące kształt prawidłowego gruczołu z odrobiną śluzu w świetle; inne zaś grupy komórek, choć wykazują cechy złośliwości, nie zamierają, ani nie wydzielają śluzu.

Tak więc można widzieć w opisywanym nowotworze wszystkie postacie zwyrodnienia śluzakowatego; wyżej opisane zmiany osiągają swe maximum w dolnej części wargi przedniej. Jak zaznaczono na wstępie, gruczolako-raki ze zwyrodnieniem śluzakowatem, wychodzące z szyjki macicy są rzadkie, co wydaje się dziwne, gdyż jak wiadomo gruczoły szyjki fizjologicznie wydzielają znaczną ilość śluzu. Gruczolako - raki ze zwyrodnieniem śluzakowatem mają być jakoby nieco mniej złośliwą formą tego niebezpiecznego nowotworu.

Kilka szczegółów technicznych, odnoszących się do plastyki krocza. G u y o t J. V i l l a r J. *Revue Franç. de Gynec. et d'Obstetr. nr. 1, r. 1928.*

Przed operacją autorowie zwracają uwagę na stan szyjki; leczą jej nieżyt i wolą raczej amputować cz. pochwową, niż zostawić w głębi pochwy ewent. rozsadnik zakażenia.. Wykazanie paciorkowców w wydzielinie pochwowej uważają autorowie za przeciwwskazanie do operacji. G. i V. operują w znieczuleniu lędźwiowem (0,05—7 syncainy). Dla rozszerzenia warg małych w miejscu przewidzianego początku cięć skórnych autorzy używają rozszerzacza Ricard'a. Plastykę przednią G. i V, wykonywują bez odsunięcia pęcherza ku górze. Przy tylnej plastyce oddzielają śluzówkę pochwy wpreparowując się szeroko na boki, a to w celu przedewszystkiem dokładnego wyosobnienia mięśni unoszących odbyt. Przypadkowe otwarcie zatoki Douglas'a służy autorom tylko jako pretekst do zeszycia jej możliwie wysoko. Przy oddzielaniu odbytnicy pamiętać należy, że warstwą oddzielającą się przy tym bywa surowicówka kiszki, co oczywista nie jest pożądane. W przebiegu pooperacyjnym zaznaczyć trzeba: założenie cewnika na komornem (à demeure); w ciągu tygodnia chora otrzymuje opium, dopiero na 8-y dzień dostaje na przeczyszczenie. Szwy wyjmują autorowie na 7-my, 9-ty dzień; jeśli przecinają tkankę, zdjąć należy wcześniej. Na drugi dzień po zdjęciu szwów wyjmuje się cewnik. Wstać chorej wolno po 3-ch tygodniach.

W sprawie pożyteczności mierzenia ciepłoty przy stosowaniu diatermji wewnątrzpochwowej i wewnątrzcewkowej. S o u s a n M-me. *La Gynécologie. Novembre 1927.*

Większość autorów uważa za wystarczający sprawdzian dawki przy diatermji napięcie prądu i samopoczucie chorych. Autorka zaś opierając się na osobistem doświadczeniu (100 przypadków) i na badaniach prof. d'Arsoval'a uważa wyżej wymienione sprawdziany za niedostateczne i wymaga w każdym przypadku mierzenie ciepłoty termometrem lub przyrządem Roucayrol'a. *Prof. d'Arsonval* stwierdził, przepuszczając prąd o napieciu 500 milliamperów przez roczyn fizjologiczny soli kuchennej i zmieniając jego opór zapomocą odpowiedniego rozcieńczenia, — że temperatura płynu wzrasta w miarę zwiększenia się oporu, lecz tylko do wysokości 3000 ohmów, następnie temperatura spada, w miarę wzrostu oporu około 14.000, 22.000 ohmow, spadając wreszcie przy 25.000 ohmach do tego samego poziomu co przy 15 ohmach, Z tego wynika, że nagrzewanie organizmu zależy nie tylko od napięcia prądu, ale także od oporu tkanek, co nie jest wielkością stałą ani możliwą do wymierzenia. Wobec tego koniecznem jest dokładne mierzenie ciepłoty (niewolno przekroczyć 48°).

Kilka uwag w sprawie przedwczesnego odklejenia łożyska, prawidłowo usadowionego. Prof. J. A n d e r o d i a s. *Revue Franc. de Gynec. et. Obstetr., Nr. 1, 1928 r.*

Przytoczywszy dwa swoje przypadki autor reasumując zaznacza, że obydwa dotyczyły kobiet w wieku 37 lat, wieloródek (6-ty i 7-my poród), Jedna z nich chorowała przez czas dłuższy na nerki, odczyn Wassermana u niej dał wynik dodatni (++); ta sama chora cierpi na nadmierne ciśnienie tętnicze krwi; stwierdza się u niej również wzmożoną ilość mocznika, która spadła w 4 dni po porodzie.

W drugim przypadku zwraca uwagę współistnienie omawianego schorzenia z rzucawką porodową. Histologicznie zwraca uwagę obecność prawdopodobnie starych drobnych wylewów krwawych do mięśnia macicy. Rozpoznanie, które opiera się na trzech objawach krwotok, śmierć płodu i obkurczenie się stałe macicy — jest jeszcze nadal niepewne. Leczniczo wskazane jest ukończenie porodu; co do drogi czy dołem, czy przez cięcie cesarskie — to ustalić się nie da — zależy to od warunków. Uprawnione jest jednak całkowite wycięcie macicy, nawet przy martwym płodzie, aby tylko jaknajprędzej usunąć krwawiący narząd, pamiętać należy, że grozi po porodzie w tych przypadkach względnie częsty niedowład macicy; w paru przypadkach widywano powtarzanie się schorzenia przy następnej ciąży.

Trzydzieści dwa przypadki zapalenia przydatków leczone szczepionkami. Sappey P. *Bulletin de la coc. d'Obstetr. et de Gynecol. Nr. 1, 1928.*

Autor stosował szczepionki mieszane (Gremy, Cepode) w dawkach od 1—4 cm³. dziennie w injekcjach domięśniowych. W wyniku stwierdza znaczną poprawę w przypadkach ostrych, a prawie żadnej, lub żadnej — w przewlekłych.

Przypadków ostrych obserwował autor 13, z tego 5 operował z powodu skutków stanu zapalnego: zrosty, tyłozgięcie, przy tej sposobności mógł stwierdzić znakomitą poprawę stanu samych przydatków. Dwie z chorych leczonych w ten sposób zaszły w ciążę. W większości przypadków S. stosował samo tylko leczenie szczepionkami i leżenie w łóżku.

Wobec zupełnej nieszkodliwości tego sposobu leczenia autor poleca je gorąco. Ideałem oczywista byłoby stosowanie auto-szczepionek. Rzecz to jednak w ginekologji bardzo trudna, wobec braku czystego materjału bakteryjnego.

Olbrzymia torbiel jajnikowa, rozwijająca się nagle podczas ciąży. Sappey P. *Bulletin de la Soc. d'Obstetr. et de Gynec. Nr. 1, 1928.*

Autor przytacza przypadek, w którym rozwinęła się w przeciągu 4—5 tygodni torbiel jajnikowa tak wielka, że imitowała ciążę donoszoną. Przy pierwszem badaniu rozpoznano ostre wielowodzie (*hydramnion acuta*) jednak operacja wykonana po ustaleniu rozpoznania torbieli potwierdziła je w zupełności. Torbiel zawierała około 10 litrów płynu. Zwraca uwagę nagłe powiększanie torbieli, a przypadek pouczający jest szczególnie ze względu na wspomniane wyżej pomylenie z ostrym wielowodziem, co jest szczególnie ważne, ze względu na zupełnie różne postępowanie lecznicze w tych przypadkach.

W dyskusji *Plauchu* przypomina przypadek podobny, w którym, podejrzewając ostre wielowodzie, nakłuł błony płodowe; odpłynęło jednak tylko kilkanaście cm³ płynu, a operacja wkrótce potem wykonana wykazała torbiel jajnikową olbrzymich rozmiarów.

Badanie anatomiczne jajników w przypadkach wad rozwojowych narządów pochodzących z nitek Müllera. Kreis J. *Bulletin de le Soc. d'Obstetr. et de Gynecol. Annèe 1928.*

Autor występuje przeciwko rozpowszechnionemu poglądowi twierdzącemu, że podczas operacji w przypadkach wad rozwojowych narządu płciowego kobiety należy usuwać jajniki wraz z macicą, a niekiedy nawet same tylko jajniki. Stronnicy takiego postępowania sądzą, iż usuwa ono bóle stwierdzone niekiedy w tych przypadkach podczas miesiączkowania.

Autor zbadał anatomo-patologicznie jajniki w 5 przypadkach wad rozwojowych (dwa — z zachowaniem śluzówki macicy, trzy — z brakiem macicy), i swierdził w nich zmiany charakterystyczne dla t. zw. *degeneratio sclerocystica ovariorum* i to tak badaniem makroskopowem, jak i drobnowidowem. Wobec takiego wyniku badania, autor rozszerzając temat występuje wogóle w obronie jajników z t. zw. *degeneratio sclero-cystica* i to nie tylko w przypadkach wad rozwojowych.

Występuje K. przedewszystkiem przeciwko samej nazwie „*degeneratio sclero-cystica*". Uważa on mianowicie za „*cystis*" twór wypełniony płynem, większy niż pęcherzyk Graaf'a dojrzały i wysłany najwyżej jednowarstwowym płaskim nabłonkiem. Natomiast w jajnikach, o których mowa, stwierdza się poprostu pęcherzyki przeważnie w stanie rozpoczynającego się zaniku i tylko liczba tych tworów odróżnia je od prawidłowych jajników.

Zmiany odpowiadające w wymienionej terminologji „*sclerosis*" również nie są niczem innem, jak bliznami po pęcherzykach, tylko oczywista również w większej występującemi liczbie i świeższemi.

Jak widać nie jest stan ten schorzeniem i nie jest, jak przypuszczano, skutkiem spraw zapalnych lub nieprawidłowości w spółkowaniu; bo jak sobie wytłomaczyć obecność tych zmian (*degeneratio sclerocystica ovariorum*) właśnie tam gdzie niema pochwy, ani macicy, ani spraw zapalnych.

Zastanawiając się nad czynnością zewnątrz wydzielniczą jajników, zwraca autor uwagę, że wśród obserwowanych przez się 5 przypadków stwierdził ciałko żółte w 2 przypadkach, w jednym ciałko białawe (*corpus albicans*); w dwu zaś ciałka żółtego nie stwierdził zupełnie. Jeśli chodzi o czynność wewnątrz wydzielniczą — wydzielanie dokrewne, to autor podkreśla, że w myśl nowszych poglądów ciałko żółte nie różni się co do jakości swego hormonu od pęcherzyka Graaf'a (hormon jajnikowy wytwarza wewnętrzna osłonka pęcherzyka i błona ziarnista), ciałko żółte jest tylko ilościowo większym składem hormonu, jest wyrazem ekonomji charakterystycznym dla wieku dojrzałego. Jajnik nie zdolny do wytworzenia ciałka żółtego, stara się pokryć zapotrzebowanie hormonu zapomocą wytworzenia zwiększonej ilości pęcherzyków. Obraz ten „wielotorbielkowatości" zatem jest charakterystyczny dla jajników niedojrzałych lub spóźnionych w dojrzewaniu (potwierdza to znakomicie porównanie z jajnikami dziecięcemi), dla jajników przejściowo czynnościowo upośledzonych lub przedwcześnie wyczerpanych; wszystkie te zmiany są prawdopodobnie skutkiem jakiegoś zaburzenia w konstytucji ogólnej, a nie zaś schorzenia macicy, czy jajników samych. A jeśli tak, to dlaczego usuwać jajniki, które przecie starają się wypełniać swą rolę w miarę możności i dlatego wytwarzają zastępczo za ciałko żółte, zwiększoną ilość pęcherzyków.

Oto parę dowodów z obserwacji klinicznej na poparcie powyższej tezy: wszystkie pacjentki autora obarczone wadami rozwojowemi miały pomimo swych zmienionych jajników cechy wtórne zdecydowanie żeńskie, które musiały wytworzyć się jako skutek czynności jajników. Dalej znane są powszechnie objawy wypadnięcia czynności jajników po ich usunięciu właśnie w przypadkach wad rozwojowych —

a za tem one funkcjonowały. — Wobec tego przyjrzeć się należy bliżej jed nemu prawie wskazaniu do usunięcia jajników: bólom w okresach miesiączkowych. Oczywiste tam gdzie istnieje jama macicy zarośnięta od dołu, tam objaśnienie bólów jest łatwe; natomiast tam gdzie macicy niema, szukać należy przyczyny bólów we wzmożonej perystaltyce jelit charakterystycznej dla okresu krwawienia miesiączkowego, jak to wykazali radjograficznie *Lundlum i Mc. Donald*. Niekiedy bóle te są związane z przewlekłym stanem zapalnym esicy i umiejscowione są dlatego po stronie lewej.

Reasumując, wskazaniem do usunięcia jajników będzie zbieranie się krwi w zamkniętej jamie macicy; w przypadkach zaś braku macicy, należy przedtem wypróbować leczenie przeciwskurczowe i uregulowanie czynności przewodu pokarmowego.

T. Zawodziński (Warszawa).

CHOROBY SKÓRNE

O szczepionkach pod postacią plastrów. Marceron i R. Cavaillis. *Bull. de la soc franç. de dermat. et syph. 1927 str. 488.*

Autorowie stosowali metodę leczenia szczepionkami w myśl zasad *Besredki*; w tym celu sporządzili plastry (kauczukowy i z papki cynkowej) do których dodali hodowle gronkowców i paciorkowców, *bac. pyocyaneus, bac. Friedlenderi i bac. cutis communis aa.* Plaster cynkowy zawierał 1 miljard, kauczukowy $^1/_2$ miljarda bakterji w jednym centymetrze sześciennym masy. Wyników leczniczych autorowie nie podają.

Diatermja w leczeniu nowotworów. Nogier. *Lyon méd. T. 140 Nr. 34.*

W jednym przypadku nowotworu dobrotliwego łącznotkankowego autor zastosował leczenie diatermo-koagulacją; w wyniku tego leczenia powstał bli znowiec (po 2-miesięcznym okresie gojenia ubytku). W dyskusji podkreślono prawdopodobieństwo zastosowania przez autora zbyt silnego prądu. (*Zarzut ten wydaje się być słuszny. — Przypisek referenta*).

Próby leczenia bielactwa naświetlaniem promieniami pozafijołkowymi, po uprzedniem uczuleniu skóry olejkiem bergamotowym. Louste i Juster. *Bull. de la soc. franç. de derm. et syph. 1927. 445 str.*

44-letni mężczyzna chory na bielactwo (*vitiligo*) został poddany leczeniu z dosyć dobrym skutkiem promieniami pozafijołkowymi po nasmarowaniu odbarwionych ognisk ol. bergamottae, próby leczenia promieniami bez uczulenia skóry, tak samo jak leczenie swoiste w tym przypadku zawiodły.

Wpływ wyciągu z grasicy na rozwój narządów płciowych. Lereboullet i Gournuay. *Bull. de la soc. de pediatr. de Paris T. 25 str. 341.*

W kilku przypadkach niedorozwoju płciowego (*typus adiposo-genitalis*) autorowie spostrzegli dodatni wpływ wyciągu z grasicy: samopoczucie i ogólny stan chorych był lepszy; pod wpływem tego leczenia prącie i jądra powiększyły się; natomiast wpływ na senność, poliurję i otłuszczenie nie był stały.

Przypadek nabłoniaka czerniaczkowego na ogniska xeroderma pigment. Nicolas, Favre, Dupisquier. *Annales de derm. et de syphiligr. 1927 str. 437.*

Autorowie spostrzegali 30-letnią chorą, która od młodości cierpiała na *xeroderma pigmentosum* i u której przed 5 laty pod lewym okiem spostrzeżono ciemnobrunatny owrzodziały nowotwór; po 4 latach za uchem rozwinął się nowy guz, który nie poddał się leczenia prom eniami X; nastąpiły przerzuty w narządach wewnętrznych, które spowodowały zejście śmiertelne.

Badanie histologiczne wykazało typowy nabłonek czerniaczkowy (*melano-epithelioma*).

Jest to piąty przypadek (w piśmiennictwie) w którym rozwinęły się nowotwory czerniaczkowe na *xeroderma pigmentosum*.

Przypadek różnorodnych nowotworów na toczniu. *Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph. 1927 str. 852.*

U 42-letniej chorej, która od szeregu lat cierpiała na tocznie na twarzy, rozwinął się, na bliźnie nowotwór, który, jak wykazało badanie histologiczne, był mięśniakiem (*fibroleiomyoma*); po kilku miesiącach u tej samej chorej w innym miejscu blizny rozwinął się nabłoniak (*epitheliomaspino-cellulare*).

Leczenie tocznia rumienionego (lup. erythematodes) arsenobenzolem. Wartin. *Bull. de la soc. franç. de derm. et de syph. 1927 698.*

W. leczył 4 chorych na tocznia rumieniowego stosowaniem arsenobenzolu (Rhodarsan); w jednym przypadku osiągnął wyleczenie, w pozostałych znaczną poprawę. Jednakże chorzy źle znosili to leczenie, a jeden chory przeszedł ciężką komplikację arsenobenzolową (*erythrodermia arsenicalis*).

Przypadek zakażenia w okresie wylęgania objawu pierwotnego. Malherbe. *Ann. des maladies vener. 1927 731.*

M. przytacza przypadek zakażenia żony przez męża, który znajdował się sam w okresie wylęgania objawu pierwotnego. (*Spostrzeżenie autora jednakże nie jest całkowicie miarodajne, bowiem nie jest podany dokładnie termin zakażenia żony, a w każdym razie budzi wątpliwości to, że zakażenie nastąpiło w końcu okresu wylęgania — zakażenie męża 13 V — stosunek z żoną przed 14 VI — to znaczy wówczas gdy już drobna nadżerka mogła istnieć Ref.*).

Kiłowe schorzenie trzustki. Tixier. *Lyon méd. T. 139 str. 752.*

T. opisuje mężczyznę w średnim wieku (odcz. Wassermana dodatni, zakażenie kiłowe prawdopodobne), u którego 3 — 4 razy do roku po spożyciu większej ilości tłuszczu występowały silne bóle w podżebrzu; ataki te stawały się coraz częstsze i boleśniejsze; chory tracił w ciągu krótkiego czasu około 6 — 8 K°. Badania treści żołądkowej i dwunastnicy oraz badania rentgenowskie czyniły mało prawdopodobnem schorzenie żołądka lub przewodów żółciowych; próba *Koelta* (wstrzyknięcie eteru do dwunastnicy) wywołała typowy atak bólowy; z powyższych względów autor rozpoznał schorze-

nie trzustki. Leczenie swoiste (Bizmut i arsenobenzol) uleczyły całkowicie chorego; chory odzyskał nawet możność znoszenia tłuszczów w pokarmie.

M. Grzybowski.

CHOROBY OCZNE.

Rola wskaźnika miejsca w umiejscowieniu obrazów widzianych i zastosowanie do zagadnienia plamy ślepej na dnie oka. L. Bard. *Arch. d'Opht. zesz. 1, 1928, str. 1 — 19.*

Dotąd sądzono, że obrazy widziane umiejscawiają się dzięki istnieniu dla każdego elementu siatkówki oddzielnego szlaku do kory ośrodków wzrokowych. Zaczynając od 1905 roku autor podkreślił znany fakt, który przeczy takim przypuszczeniom — mianowicie, że ilość włókien przewodników do kory mózgowej jest znacznie mniejsza niż ilość elementów siatkówki. Toteż w umiejscowieniu obrazów widzianych, podobnie, jak w umiejscowieniu wrażeń słuchowych pewną rolę grać musi czynnik dynamiczny— ruchy gałki ocznej i głowy dla widzenia, ruchy głowy i całego ustroju dla słuchu.

Prócz tego, w odczuciu pojęcia głębokości obrazu gra zapewne wielką rolę przejrzystość siatkówki i ustawienie się obrazu na różnych wysokościach członów czopków (i pręcików) siatkówki, głębokość obrazu na siatkówce może mieć 50 — 60 μ.

Pochylenie się tych elementów w okolicy tarczy n. wzrokowego sprawia, że w jej okolicy odczucie odległości będzie fałszywe. Tak np. księżyc, rozpatrywany brzegiem okolicy tarczy wygląda zniekształcony.

Leczenie podwinięcia rzęs skurczowego wstrzykiwaniem wyskoku do zakończeń n. twarzowego w powiece. L. Weekers. *Arch. d'Opht. zesz. 1. 1928, str. 20 — 24.*

W leczeniu skurczowego podwinięcia krawędzi rzęsowej, jak również i w niektórych przypadkach dwurzędności rzęs spowodowanych bliznami jagliczemi, radzi autor wstrzykiwać 0,5 — 0,75 cm wyskoku 80% pod skórę powiek po uprzedniem znieczuleniu infiltracyjnem tych miejsc tą samą ilością 4% rozczynu nowokainy. Obrzęk i pastowatość powiek trwa około 8 dni, efekt dobry trwa na stałe. Leczenie to pomaga i w *tic facial.* W jednym tylko przypadku u chorej cukrzycowej miał autor jako następstwo niewielką martwicę naskórka.

W. Melanowski.

POKŁOSIE TERAPEUTYCZNE

Wychodząc z założenia, że naświetlanie promieniami pozafiołkowemi sprzyja zatrzymywaniu przez ustrój soli wapnia, Clavelin i Sicard podają natępujący **schemat leczenia gruźlicy kostnostawowej:**

Chory otrzymuje 2 serje po 10 wstrzyknięć dożylnych roztworu chlorku wapnia w następującym porządku: 5 wstrzyknięć roztw. 1% w kolejnych ilościach — 5o cm³, 1oo cm³, 15o cm³, 2oo cm³ i 25o cm³; następnie 5 wstrzyknięć roztw. 1,25% w analogicznych ilościach; po 2o dniach przerwy — 5 wstrzyknięć 1,25% roztworu i tyleż — 1,5o% — jak wyżej. W zakresie każdej serji wstrzykiwania odbywają się co drugi dzień; przerwa między serjami wynosi 2o dni. W ciągu tego dwumiesięcznego leczenia chory otrzymuje 36,5 g chlorku wapnia, z czego połowa zostaje przyswojona przez ustrój; wstrzykiwać należy bardzo wolno (1oo cm³ w ciągu 5 minut).

Zaraz po wstrzyknięciu chory zostaje poddany naświetlaniu ogólnemu promieniami pozafiołkowemi; naświetlania stosuje się co drugi dzień przez cały czas kuracji, w ogólnej ilości 3o seansów, stopniowo powiększając dawkę od 1 minuty z odległości 1 m — do 3o minut z odległości o,5 m.

Leczenie to chorzy znosili doskonale, wyniki ostateczne są bardzo zachęcające.

* * *

Aimes podaje w celu **zmniejszenia ilości narkotyku w uśpieniu ogólnem** na godzinę przed operacją o,o1 morfiny podskórnie i o,o3 – o,o4 somnifenu domięśniowo; uśpienie chorego przychodzi potem do skutku bardzo szybko, bez okresu pobudzenia i przy użyciu niewielkich ilości środka znieczulającego; naprz. do wykonania operacji odjęcia gruczołu piersiowego z usunięciem gruczołów pachowych wystarczyło 3o g. eteru. Po operacji chory szybko się budzi, nie wymiotuje wcale i dlatego wcześnie może zacząć się odżywiać.

Po podaniu w sposób powyższy morfiny i somnifenu niektóre operacje, jak wyłyżeczkowanie jamy macicy, wycięcie polipów z macicy i z odbytnicy, zestawienie złamań powikłanych lub zwichnięć zadawnionych można wykonać wogóle bez usypiania chorego, gdyż samo działanie morfiny i somnifenu wystarcza tu w zupełności.

Praktyczny sposób wyjaławiania strzykawek i igieł podaje Delcourt-Bernard (*Le Scalpel Nr. 41, 1927*).

Dokładnie wymyte i zupełnie suche strzykawki i igły (bez drucika!) pogrąża się na 1—2 minuty w czystym acetonie. Po wyjęciu i odczekaniu kilkunastu sekund na ulotnienie się acetonu nabieramy do strzykawki przez igłę nieco następującej mieszanki: lanoliny, wazeliny aa 5,0 eteru 100,0.

Poruszając strzykawką i tłokiem staramy się o zwilżenie tym płynem całej powierzchni strzykawki i nadmiar płynu po 2—3 minutach wystrzykujemy. Strzykawka i igła są teraz zupełnie jałowe i mogą być natychmiast użyte, albo przechowane w odpowiedniem wyjałowionem naczyniu. Cienka warstwa tłuszczu zabezpiecza od rdzy, a pozatem ułatwia jeszcze ślizganie się tłoka, jednocześnie zwiększając szczelność strzykawki. Igły nie rdzewieją (nie należy tylko wprowadzać drucika!) i o wiele dłużej pozostają ostre. Strzykawki w ten sposób wyjałowione mogą być używane do wstrzykiwania najrozmaitszych środków, nawet eteru; jedynie przy pobieraniu krwi na odczyn Wassermana nie należy się niemi posługiwać

Redaktor odpowiedzialny: *Doc. Dr. A. Wojciechowski* Wydawca: *L. Nasierowski*

Adres redakcji i administracji Warszawa, Piękna 62 tel. 124-39.

Prenumerata z przesyłką rocznie zł. 8. kwartalnie zł. 2. Konto **P. K. O. 15.785.**

NEUMAN & TOMASZEWSKI ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU

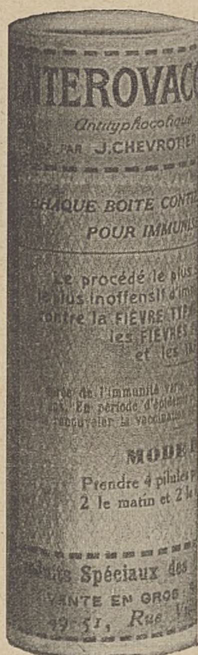
Wielowartościowa szczepionka zapobiegawcza
i lecznicza przeciw

DUROWI BRZUSZNEMU, DUROM WRZEKOMYM

(paratyphi) i zakażeniom, wywołanym przez prątek
OKRĘŻNICY

ENTEROVACCIN
LUMIÈRE

NADZWYCZAJ DOGODNY SPOSÓB STOSOWANIA **„PER OS"**
SZCZEPIONKI W PIGUŁKACH
POZBAWIONY UJEMNYCH STRON ZASTRZYKOW PODSKÓRNYCH
NIE POWODUJE NAJMNIEJSZYCH OBJAWÓW OGÓLNYCH LUB MIEJSCOWYCH, JEST ZATEM ZUPEŁNIE BEZPIECZNY



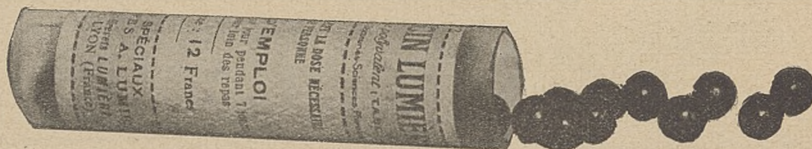
POSIADA NADZWYCZAJNĄ SIŁĘ ZAPOBIEGAWCZĄ.

Jako środek leczniczy znakomicie skraca i łagodzi przebieg choroby, wywołując już po upływie pierwszych trzech dni znaczny spadek ciepłoty. Działanie

ENTEROVACCIN LUMIÈRE

należy do najbardziej pewnych i niezawodnych.

DAWKOWANIE: 4 pigułki dziennie, 2 rano i 2 wieczorem, na godzinę przed jedzeniem.
Dzieci poniżej 7 lat pół dawki.
(1 flakon zawiera 28 pigułek kieratynowanych).



Przedstawicielstwo i Skład na Polskę L. NASIEROWSKI
Warszawa, Piękna 62. Telefon 30-42, 124-39.
PRÓBY I LITERATURA NA ŻĄDANIE WW. PP. LEKARZY.

ANTIPYRETICVM
ANALGETICVM

CRYOGÉNINE
LUMIÈRE

Żadnych ubocznych działań.

I



NAJŁAGODNIEJSZE i NAJPEWNIEJSZE DZIAŁANIE

przeciwgorączkowe

SZCZEGÓLNIE W

gruźlicy.

DAWKOWANIE. *DOROSLI:* 1,0 — 2,5 grm. „PRO DIE“.
DZIECI: ZALEŻNIE OD WIEKU.

II

NAJSKUTECZNIEJSZY ŚRODEK

przeciwbólowy

W DAWKACH WIĘKSZYCH 2,0 — 3,0 DZIENNIE

(w DNIE, POSTRZALE, NERWOBÓLACH, MIGRENIE i t. p.)

POSTACI:

Pulvis Cryogénine do receptury: proszków, czopków, pigułek, zawiesin i t. p.

Comprimés { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 „
rurce 10 tabletek.

Cachets { **Cryogénine** à 0,50 grm.
Cryogénine „ 0,25 grm.
W rurce 10 opłatków.



PRZEDSTAWICIELSTWO NA POLSKĘ L. NASIEROWSKI
PIĘKNA 62. WARSZAWA Tel. 30-42; 124-39.

NEUMAN & TOMASZEWSKI, ZAKŁADY GRAFICZNE WE WŁOCŁAWKU